

被扶養者資格削除に関する確約書

1	被扶養者(家族)氏名					
2	扶養しなくなった理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> 海外居住 <input type="checkbox"/> 年収または月収増加(年収130万円以上 or 月収10万8334円以上) <small>*60歳以上の方は年収180万以上 or 月収15万円以上</small> <input type="checkbox"/> 夫婦の年間収入逆転による子の扶養異動 <input type="checkbox"/> その他()				
3	被扶養者でなくなった日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 【該当する日をご記入下さい。】 <input checked="" type="checkbox"/> 就職・就職日 <input checked="" type="checkbox"/> 離婚・離婚日の翌日 <input checked="" type="checkbox"/> 結婚・婚姻日 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡・死亡した日の翌日 <input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険受給・雇用保険受給者証の『受給開始日』 <input checked="" type="checkbox"/> 海外居住・転出日の翌日 <input checked="" type="checkbox"/> 年収または月収の増加・収入が増えたら直ちに <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦の年間収入逆転による子の扶養異動・子が配偶者の加入している健康保険で資格を取得した日 <small>(または取得予定日)</small>				
<p>上記記載内容に相違ありません。</p> <p>被扶養者資格がなくなった日以降、保険証を使用した場合は、給付を受けたものをすべて返却いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者(本人)氏名 _____ 印</p> <table border="1" style="float: right;"> <tr> <td style="text-align: center;">確認欄</td> <td>自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は、省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、☑)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			確認欄	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は、省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、☑)	<input type="checkbox"/>	
確認欄	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は、省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、☑)					
<input type="checkbox"/>						

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)
<input type="checkbox"/>	
<p>上記の通り相違ないことを証明します。 令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地 _____ 事業所名称 _____ 事業主氏名 _____ 印</p>	