**念　　　　書**

私は、この度、を貴健康保険組合の「被扶養者認定要件」に該当することから被扶養者として届出します。

なお、万が一収入※1が年額130万円（月額108,334円、日額3,612円）※2以上となることが見込まれる場合、その他貴健康保険組合が定める認定要件を満たさなくなった場合は、その事実発生日を以て被扶養者資格喪失することを了承し、速やかに資格喪失の手続きを行うことを約束します。

また、資格喪失日以降に保険給付等を受けた場合、その保険給付等全額の返戻を承諾し、異議申し立ては行ないません。

※1　収入とは、名称に拘らず、年金・給与・賞与・営業・不動産・配当・雑収入・傷病手当金・育児休業給付金・失業給付金など、課税非課税問わず継続して得られる（またはその予定がある）全ての総収入をいいます。

　※2 対象者（被保険者の配偶者を除く）が19歳以上23歳未満の場合は年額150万円未

　　　 満（月額125,000円、日額4,167円）

対象者が60歳以上や障がい者の場合は、年額180万円（月額150,000円、日額

5,000円）に置き換えます。

なお、19歳以上23歳未満の年齢は、その年の12月31日時点の年齢で判定しま

す。

令和　　年　　月　　日

三菱マテリアル健康保険組合　理事長 殿

　　　　　　　　　　　　健康保険

記号番号　　　　－

住　　所

被保険者氏名

被扶養認定

対象者氏名