

ブリヂストン健康保険組合理事長 殿

## 年間年収に関する誓約書

私の扶養家族確認調査の対象被扶養者は、直近の給与明細3ヵ月分の平均額が108,333円を超えるが、資格の継続を希望するため、下記のA～Cを誓約します。

扶養家族確認調査 対象者氏名		続柄：
年間収入見込額		円

- A. 平成31年1月1日～令和元年12月31日までに支給される全ての収入合計（※1）が、被扶養者の収入限度額である130万円未満（※2）となります。
- B. 令和2年1月には、勤務先から発行される源泉徴収票等で、収入合計の実績を確認します。もし、130万円を超えているときは被扶養者の除外申請を自から行います。
- C. 収入合計が130万円を超えているにもかかわらず、被扶養者の除外申請を行わなかった場合は、健康保険組合の調査に基づいた決定により、扶養削除となっても異存ありません。

※1) 賞与・手当・非課税通勤費・年金等すべてを含む収入額

※2) 60歳以上または障害年金受給者は180万円未満

上記について誓約・同意いたします

令和 年 月 日

記号：	番号：
住所：〒	-
電話：	
【被保険者氏名】	氏名 _____ 印
【被扶養者氏名】	氏名 _____ 印