

アドバンテスト健康保険組合 理事長 殿

扶養申請に関する念書及び同意書

私が提出しました(氏名) _____ (続柄) _____ の扶養申請書類について、
書類・収入等に偽りはありません。

また、被扶養者と認定された場合、下記の事項について、同意します。

提出書類等の内容に偽りがあった場合及び下記同意事項に反した場合は、効力が発生した日に
遡って、扶養の資格が喪失となることを了承します。

年 月 日

(記号・番号 _____)

被保険者氏名 _____

今回、扶養申請する家族

* 内容をご確認のうえ、**扶養申請されるご家族ご自身**が署名
してください。

* 被保険者と別居している場合は、扶養申請されるご家族の
住所・電話番号を記入してください。

〒 _____

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

記

1. 被扶養者の年収は、130万円(月収108,334円)、60歳以上の方または障害者の場合は180万円(月収150,000円)未満です。また、今後収入が、前記の年収及び月収を超える場合は、扶養終了の届出をします。
2. 「被扶養者資格調査」の際は、証拠書類を提出します。
* 申請内容に疑義が生じた場合、健保組合が実地調査を行います。
3. 健保組合が行う調査の結果、申請に虚偽があった、または変更を届出なかったことが判明した場合は、その事実が発生した日に遡って健保組合から支給された金額を返納します。
4. 被保険者と別居している場合
1ヶ月の送金額が明確に記載されている証拠書類を3年間保管し、健保組合の要請に応じ提出します。

以上