コスモエネルギーグループ健康保険組合　御中

私　　　　　　　　　は、被扶養者　　　　　　　　　の資格取得にあたり、被扶養者が年収１３０万円未満（月額108,333円未満、６０歳以上または障害厚生年金受給者は年収１８０万円未満、月額150,000円未満）であることを誓約いたします。

なお、基準額を超えた場合については、直ちにコスモエネルギーグループ健康保険組合に報告し所定の指示に従うとともに、認定取消に至った場合は不服申し立てをいたしません。

また、給与明細３ヵ月分及び勤務表は、後日明細が揃ったところでコピーを提出します。

令和　　　年　　　月　　　日

記　　号　　　　番　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

住　　所

氏　　名

〔健康保険組合確認欄〕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認日 | 年　　月　　日（ ） | | |
| 確 認 者 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |