

注 本誓約書は労働契約書の写しと共に提出してください。

## 誓 約 書

コスモ石油健康保険組合 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、直ちにコスモ石油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

⑩

〔健康保険組合確認欄〕

確認日	年 月 日 ( )		
	常務理事	事務長	係
確認者			