

被保険者等 記号・番号

令和 年 月 日

電通健康保険組合
常務理事 殿

給与収入のみである旨の申立書

下記の通り、収入状況について申立ていたします。
また、あわせて時給・労働時間・勤務日数等、年間収入が明確に定められている労働契約書の写しを添付書類として提出いたします。

1. 収入状況について給与収入のみであり、事業収入・不動産収入・雑収入等その他の収入はございません。
2. 労働契約書上の年間収入見込額は下記の通りです。
勤務先の名称：_____
年間収入見込み額：_____円
勤務先の電話番号：_____
3. 今後、労働契約内容の変更（勤務時間の増加等）やその他収入状況が変動し、被扶養者認定の基準額を超える場合には、速やかに削除の手続きを行います。

令和 年 月 日

〒

住所 _____

認定対象者氏名 _____

(※認定対象者が自署してください)

※申立書の内容に虚偽が判明したときは、被扶養者の資格を取り消します。
また、その間の医療費等については、全額返還していただきます。