

収入に係る申立書

ネクステージグループ健康保険組合 殿

① 続柄 ② 被扶養者氏名

この度、私の _____、 _____ について、給与収入のみであることを申立いたします。

今後、雇用契約内容の変更（就労時間の増加等）・年金の受給開始・その他事情により収入が変動し、扶養認定基準を超える場合は、速やかに扶養削除等の必要な手続きを行います。

また、上記に該当することが判明した場合や申立の内容に虚偽があった場合、事由の発生日まで遡って被扶養者の資格を削除、給付の停止、医療費の返戻請求に速やかに応じます。

以上

年 月 日

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____ (印)