

年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 ㊞

無職・無収入に係わる念書

標記の件、健保組合への被扶養者認定の届け出に当たり、下記「1. 認定対象者（今回扶養申告する方）」が現在無職・無収入であることを申告します。

記

1. 認定対象者 氏名及び続柄	㊞ 続 柄
2. 申 告 内 容	年 月 日～ 年 月 日迄働いていましたが、その後は現在に至るまで無職・無収入であることを申告します。尚、申告に誤りが判明し、その内容が被扶養者認定の基準に抵触する場合は、被扶養者認定を遡って取り消されても異議の申し立てはいたしません。

《注意》

※上記1. の続柄については、被保険者との関係を実母・養父・義母等詳しく記入してください。

以 上

キ リ ト リ 線

年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 ㊞

年 金 に 係 わ る 念 書

標記の件、健保組合への被扶養者認定の届け出に当たり、下記「1. 認定対象者（今回扶養申告する方）」が現在年金を受給していないことを申告します。

記

1. 認定対象者 氏名及び続柄	㊞ 続 柄
2. 年金を受給していない主な理由	

《注意》

※上記1. の続柄については、被保険者との関係を実母・養父・義母等詳しく記入してください。

※上記2. の理由として、「老齢基礎年金を65才から受給希望のため、62才の現在は受給していない。」等判りやすく記入してください。

以 上