

年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 ㊞

援 助 金 に 係 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）」の援助金の受け取りに関して申告します。

1. 認 定 対 象 者 氏 名 及 び 続 柄	続 柄
2. 援助金の内容	離婚した配偶者より受けている援助内容 ・ 毎月 円 ・ ボーナス時 円 ・ 1年間の合計額 円

《注意》

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

※ボールペンで記入してください。自署の場合は、押印の省略可能です。

※記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。

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 ㊞

収 入 に 係 る 念 書

標記の件、健保組合への被扶養者認定の届け出、若しくは被扶養者調査に当たり、下記「1. 認定対象者」が収入限度額以内で働くことを申告します。

1. 認 定 対 象 者 氏 名 及 び 続 柄	続 柄
2. 申 告 内 容	年間収入（非課税通勤手当を含む総支給額）が扶養年間収入限度額内（130万円未満）になるよう調整して働くことを申告します。 尚、限度額を超過した場合は、扶養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》

※認定や調査に提出する3ヶ月分以上の収入の月平均額が108,333円を超える場合に提出します。

※ボールペンで記入してください。自署の場合は、押印の省略可能です。

※記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。