

念 書

続柄 被扶養者名
この度、私の () () は、令和 年 月 日付で
退職をしたため、被扶養者の申請をいたします。

退職日以降は、年間収入が130万円（60歳以上は180万円）未満になることが見込まれるため、被扶養者の認定をお願いします。

今後、雇用保険受給、パート、アルバイト、年金受給等で、収入が被扶養者の認定基準以上となる場合は、直ちに被扶養者抹消の手続きを行います。

また、この届出を怠った場合には、遡及して被扶養者認定を取り消しされても異議申し立てはいたしません。また、当該日以降支給された医療費、保険給付費等は健康保険組合に返還することを誓約いたします。

令和 年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 様

事業所名 _____

記号・番号 (—)

住 所 _____

被保険者名 _____ (印)

(退職により被扶養者申請をされる場合には添付してください。)