

大京健康保険組合理事長 殿

## 就労できない理由書

健康保険証記号・番号 \_\_\_\_\_

被 保 険 者 氏 名 \_\_\_\_\_

認 定 対 象 者 氏 名 \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 続 柄 ( )

下記に就労できない理由、現在の状況等を詳細にご記入ください。(対象者：配偶者・学生を除く16歳以上60歳未満で収入のない方)


上記に相違ないことを誓約するとともに、被扶養者の認定基準に該当しなくなった場合は、すみやかに被扶養者認定の取消を届出いたします。

**【被扶養者の認定基準】**

認定対象者の年間収入額が130万円（月額108,334円）未満であること

障害年金受給者は180万円（月額150,000円）未満であること

令和 年 月 日

被保険者氏名（自署） \_\_\_\_\_ (印)