

キリンビール健康保険組合理事長殿

年金未受給に関する誓約書

この度、扶養認定を希望しております私の(続柄)_____ (氏名)_____は、各種年金を受給しておりません。

年金受給開始の際は、その金額が分かるものを提出し、規定額(*1)を超えた場合は、速やかに扶養から外す手続きを行います。また、受給しているにも関わらず扶養から外す手続きを怠った場合は、事由発生日(*2)に遡り扶養から外されても異議申し立ていたしません。

尚、当該期間全てにおいて健康保険組合が負担した医療費および給付金を返戻することを誓約いたします。

(*1)規定額とは、認定対象者の年間収入が130万円未満(60歳以上または概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は180万円未満)のことです。

(*2)事由発生日とは、年金受給開始の初回振込日となります。

年 月 日

被保険者証 等 (記号)_____ (番号)_____

被保険者氏名 (自署)_____

○必ずご自身で写しを保管してください。