

パート・アルバイトに関する証明書兼誓約書

東京港健康保険組合理事長殿

勤務先記入欄	従業員氏名			
	勤務先名			
	勤務先所在地			
	勤務開始日	年	月	日から (年 月 日まで)
	雇用契約変更日 (契約内容変更の場合)	年	月	日から (年 月 日まで)
	時給	円	その他手当等 (交通費を除く)	1か月当たり 円
	勤務時間/日数	1日当たり	時間	勤務日数 1か月当たり 日
	総支給額	1か月当たり 円程度		
<p>月収8.8万円（年収106万円）以上の場合は健康保険の被保険者とならない理由にチェック☑を入れてください。 ※令和6年10月改正後の場合。</p> <p><input type="checkbox"/> 雇用期間の見込みが2か月を超えないため <input type="checkbox"/> 被保険者の総数が常時50人を超えないため</p> <p><input type="checkbox"/> 週の所定労働時間が20時間以上ないため <input type="checkbox"/> 学生であるため</p> <p><input type="checkbox"/> その他（理由： _____）</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日 勤務先所在地 _____</p> <p>勤務先名称 _____</p> <p>勤務先事業主名 _____ (印)</p>				
被保険者記入欄	【収入額および届出に関する誓約書】			
	<p>年間収入が130万円未満（60歳以上である場合または障害厚生年金を受けている場合は180万円未満）となるように調整して働き、1か月あたり108,334円以上（年間収入の条件が180万円未満の場合は150,000円以上）の収入が見込まれることとなった場合は、その時点より扶養削除の届け出を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日 記号-番号 _____</p> <p>被保険者氏名 _____</p>			

※原則1年に1度、扶養の確認を行います。その際に給与明細3カ月分や源泉徴収票のコピー等の提出を依頼することがありますので保管をお願いいたします。

※事実と相違して申し立てた場合、罰則規定がありますので事実通りにご記入ください。

また、後から認定基準額を超えていたことが判明した場合は事実発生日に遡及して扶養削除し、その日以降の医療費と給付金は全額返還していただくこととなりますのでご注意ください。