

[短時間被保険者全員用]

## 誓 約 書

税務会計監査事務所健康保険組合 理事長殿

今後、当該事業所以外の収入が主たる収入となった場合や、\*短時間労働者の要件を満たさなくなった場合は、すみやかに喪失届を提出いたします。

また、組合より所得に関する書類を求められた際にもすみやかに提出いたします。

**\*短時間労働者の要件（以下、1つでも該当しない場合は、資格喪失する）**

- ①週の所定労働時間が20時間以上あること。
- ②2ヶ月超の雇用期間が見込まれること。
- ③賃金の月額が、88,000円以上見込まれること。

上記の内容に相違ないことを誓約致します。

年 月 日

\*必ず、日付はご自身で記入してください。

事業所名： \_\_\_\_\_

所在地： \_\_\_\_\_

記号－番号： \_\_\_\_\_

〒

自宅住所： \_\_\_\_\_

被保険者氏名： \_\_\_\_\_ (印) (自署と押印)

\*必ずコピーを取って控えとして保管してください。

(2024.02.22改正)