

被扶養者申請に関する誓約書

※該当するものに✓を記入してください

☐

雇用保険受給

☐

傷病手当金

☐

出産手当金

☐

その他

(内容 :

)

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

1. 認定対象者は、雇用保険（失業給付）の受給資格、または、傷病手当金や出産手当金等の請求資格はありますが、受給申請しません。
2. 受給することになった場合は、受給開始日から被扶養者を削除する手続きをすみやかに行ないます。
3. 2に該当した際、健康保険を使用した場合は、その期間に受けた医療費などの保険給付費を全額返還します。

以 上

記入日（和暦）

年

月

日

被保険者等

記号

番号

事業所名

認定対象者氏名

被保険者氏名