

## 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

- 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。
- 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。
- 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