ＩＨＩグループ健康保険組合　行

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）	令和	○○	年	１２	月	２５	日	
被保険者等	記号	１１１	番号	１２３４５６７				
事業所名	株式会社○○○							
認定対象者氏名	健保　花子							
被保険者氏名	健保　太郎							

ＩＨＩグループ健康保険組合　2024.12