

被扶養者認定誓約書

私の（続柄） _____（氏名） _____ を
三ツ星ベルト健康保険組合の被扶養者として、下記の理由により認定していただきますようお願いいたします。

理由（詳しく）

下記のいずれかに該当し、扶養の実情に異動があったときは5日以内に保険証を返納し、「健康保険被扶養者（異動）届」を提出いたします。

もし、届出を怠り被扶養者として診療費その他の給付を受けた場合、被扶養者に不該当となった日以降に受けた給付金の金額を返還することを誓約します。

記

1. 本人が職業を有するに至ったとき
2. 本人の収入(失業給付金・年金・資産収入等含む)が130万円を超えたとき
3. 私以外の者が本人を扶養するに至ったとき
4. 本人が私と離婚、別居するに至ったとき
5. 本人が死亡したとき

令和 年 月 日

三ツ星ベルト健康保険組合
理 事 長 殿

申 立 人	記号		番号	
	氏	名		