

被扶養者「配偶者・子」認定に関する誓約書

私がこの度申請する被扶養者「配偶者・子」認定に関しまして、次のことを誓約いたします。

1. 健康保険法第3条第7項規定に該当する「配偶者・子」であること。
2. この規定の範囲を逸脱する場合は、直ちに被扶養者より削除すること。

【健康保険法第3条第7項（被扶養者）】

・・・主としてその被保険者により生計を維持するもの。

【規定の範囲を逸脱する場合】

1. 被扶養者の年収が130万円（60歳以上は180万円）を超過する場合
2. 被扶養者の年収が被保険者の年収の2分の1を超過する場合
3. 生計維持関係が消滅する場合
4. 被扶養者が健康保険の被保険者資格を取得する場合
5. 死亡した場合

被扶養者氏名	続柄	職業	年収見込額 <small>（給与や年金等ある方は、年収見込額をご記入ください）</small>
	配偶者		円
	子		円
	子		円
	子		円

海外に在住している者の認定 （該当している場合は をしてください。）

上記に該当する場合、別途認定に係わる書類が必要となります。健保組合までお問い合わせください

上記の者、被扶養者認定を希望する理由（該当番号に必ず をし、1・2の場合は日付を記入）

1. 婚姻（婚姻年月日： 年 月 日）
2. 離職（退職年月日： 年 月 日）
離職後、任意継続保険を取得された方（資格喪失日： 年 月 日）
3. 所得の減少
4. 伊藤忠連合健康保険組合内での転籍（被扶養者 被扶養者）
5. 被保険者資格取得時と同時

上記の者、直近まで加入していた保険について（いずれかに必ず をしてください。）

- | | | |
|-------------------------|-----------|---------|
| 1. 全国健康保険協会（協会けんぽ） | 2. 健康保険組合 | 3. 共済組合 |
| 4. 任意継続保険（喪失証明書を添付ください） | 5. 国民健康保険 | |
| 6. 家族の扶養 | 7. 無保険 | |

以上のことに相違ありません。

平成 年 月 日

記号 _____ 番号 _____

被保険者名 _____ (印)

当該被保険者より被扶養者の範囲を逸脱する旨申出があった場合、もしくは、被扶養者の再認定（検認）で逸脱していることが判明した際は、速やかに認定削除の手続きを行います。

平成 年 月 日

事業所名 _____ (印)

【留意事項】

1. 未成年者の認定にかかわる場合は不要です。
2. 「配偶者・子」以外の認定時は、本誓約書により認定確認書類の簡略化はできません。
3. 本誓約書の原本は事業所で保管いただき、コピーをご提出ください。