

令和 年 月 日

三井E & S健康保険組合
常務理事 殿

記号 _____ 番号 _____

所属 _____

氏名 _____ 印

誓 約 書

私の家族（続柄 _____ 氏名 _____）は現在、私の扶養により生計を維持しておりますので、被扶養者として認定くださるようお願いいたします。

なお、今後下記の事由により扶養状況に変更があったときは速やかに届け出るとともに、申請時の事実と相違して貴健康保険組合に損害が生じたときは私が全額弁済することを誓約いたします。

記

1. 就職したとき
2. 結婚したとき
3. 死亡したとき
4. 自営・アルバイト・パート等により収入が生じたとき
5. 現在の収入額に変動が生じたとき
6. 雇用保険失業給付金・出産手当金・傷病手当金を受給し始めたとき
7. 現在の収入が認定基準額を超過したとき
8. 別居先の家族の収入が私からの援助金（送金額）を上回ったとき
9. 別居先の家族に対して毎月の送金事実が証明（公的書類）できなくなったとき
10. 現在の扶養事情に変更があったとき（他の親族の扶養家族に変更等）

以 上