

記入例

網掛け部分は、必ず記入ください。(押印は不要)

令和 3 年 4 月 1 日

今後も送金を続ける誓約書

被保険者証	記号	1000	番号	1234567	氏名	富士通 太郎
住所	〒211-0063 川崎市中原区上小田中4-1-2 富士通ハイツ205号					

申請対象者名	続柄	別居理由／住所
富士通 花子	母	1. 単身赴任または長期出張 2. 子女の進学 3. 里帰り出産 4. 特別養護老人ホーム等による入所 5. その他(理由) 自己都合) 住所: 〒029-4503 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根森山4-3-2
		1. 単身赴任または長期出張 2. 子女の進学 3. 里帰り出産 4. 特別養護老人ホーム等による入所 5. その他(理由)) 住所: 〒
		1. 単身赴任または長期出張 2. 子女の進学 3. 里帰り出産 4. 特別養護老人ホーム等による入所 5. その他(理由)) 住所: 〒

(添付書類) 認定伺および異動届と書類が重複する場合は記入のみしてください。

1. 単身赴任または長期出張(添付書類は必要ありません)
2. 子女の進学(在学証明書または学生証のコピー)
3. 里帰り出産(母子手帳の写し)
4. 特別養護老人ホーム等による入所(入所証明書)
5. その他(被保険者から毎月 54,000 円以上かつ、認定対象者の年間収入を超える送金(※)の証明)
 ※認定対象者の年間収入の 1/12 以上の送金(例: 年間収入 120 万円の場合は月 10 万円を超えること)
 事由発生日より 3 ヶ月以内の場合は、下記内容をご記入の上、発生日から申請月の送金証明書(「振込取引控」等)を添付してください。

申請対象者に対する被保険者の送金額(月額) _____ 円 ※送金証明書を添付してください。

私は、今後も申請対象者に対し、上記金額の送金を行い、申請対象者の収入を毎年確認し、年間収入の 1/12 以上の金額の送金を毎月続ける事を誓約いたします。

○当健康保険組合では年に1回「被扶養者現況確認」を行っております。この際、別居をしている方に対しては被保険者との生計維持関係を確認するために、**送金証明書(「振込取引控」等・・・手渡し、賞与時の一括送金は否認)**を必ず添付していただいています。送金証明書は必ず保管しておいてください。

申請対象者以外に家族がいる場合は下記をご記入ください。

申請対象者に対する援助者名(被保険者以外)	続柄	援助対象者名	援助額(月額)
			円
			円

申請対象者の同居者名	被保険者との続柄	年齢	職業
		歳	
		歳	

今後も送金を続ける誓約書

被保険者証	記号	番号	氏名
住所	〒		

申請対象者名	続柄	別居理由／住所
		1.単身赴任または長期出張 2.子女の進学 3.里帰り出産 4.特別養護老人ホーム等による入所 5.その他(理由) 住所:〒
		1.単身赴任または長期出張 2.子女の進学 3.里帰り出産 4.特別養護老人ホーム等による入所 5.その他(理由) 住所:〒
		1.単身赴任または長期出張 2.子女の進学 3.里帰り出産 4.特別養護老人ホーム等による入所 5.その他(理由) 住所:〒

(添付書類) 認定伺および異動届と書類が重複する場合は記入のみしてください。

1. 単身赴任または長期出張(添付書類は必要ありません)
2. 子女の進学(在学証明書または学生証のコピー)
3. 里帰り出産(母子手帳の写し)
4. 特別養護老人ホーム等による入所(入所証明書)
5. 別居理由が“その他”の方を扶養する場合は、被保険者により生計の維持をされていることが条件となります。
そのため被保険者から毎月 54,000 円以上かつ、認定対象者の年間収入を超える送金(※)の証明が必要です。
※毎月、認定対象者の年間収入の 1/12 以上の送金(例:年間収入 120 万円の場合は月 10 万円を超えること)が必要。
事由発生日より3ヶ月以内の場合は、下記内容をご記入の上、発生日から申請月の送金証明書(「振込取引控」等)を添付してください。

申請対象者に対する被保険者の送金額(月額) _____ 円 ※送金証明書を添付してください。

私は、今後も申請対象者に対し、上記金額の送金を続ける事を誓約いたします。

○当健保では年に1回「被扶養者現況確認」を行っております。この際、別居をしている方に対しては被保険者との生計維持関係を確認するために、**送金証明書**(「振込取引控」等・・・**手渡し、賞与時の一括送金は否認**)を必ず添付していただいています。送金証明書は必ず保管しておいてください。

申請対象者以外に家族がいる場合は下記をご記入ください。

申請対象者に対する 援助者名(被保険者以外)	続柄	援助対象者名	援助額(月額)
			円
			円

申請対象者の同居者名	被保険者との続柄	年齢	職業
		歳	
		歳	