

### 別居者の扶養に関する誓約書

●●●●年●月●日

被保険者証	記号	●●●●	番号	●●●●●●●●	氏名	富士 通男
住所	〒●●●●-●●●● 川崎市中原区小杉町●-●-●					
電話番号	自宅	:●●●●-●●●●-●●●●			携帯	:●●●●-●●●●-●●●●

押印は不要です。

申請対象者名	続柄	別居理由/住所
富士 通子	妻	1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.その他(理由 親の介護のため ) 住所:〒●●●●-●●●● ●●●●県●●●●市町●●町●-●-●
		1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.その他(理由 ) 住所:〒
		1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.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。

内容	添付書類
子女の進学	在学証明書または学生証のコピー
特別養護老人ホーム等の施設への入所	入所証明書
里帰り出産	母子手帳の写し
その他 ・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。	被保険者から申請対象者に対し、 <b>毎月、申請対象者の年間収入額(年収を12ヶ月で割った額)以上の送金の証明書。ただし、月の送金下限額:54,000円。</b>  ※第三者が客観的に証明できる方法(銀行振込等)で送金してください。 (例①:年間収入120万円の場合:月10万円以上。例②収入無い場合:54,000円以上) 事由発生日より3ヶ月以内の場合は以下の枠内にご記入の上、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(下限額:54,000円)を毎月、送金することを誓約いたします。

※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」(手渡し、一括送金は否認)等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

申請対象者の同居者名	被保険者との続柄	年齢	職業
●●●●	義母	90 歳	無職
		歳	

## 別居者の扶養に関する誓約書

年 月 日

被保険者証	記号	番号	氏名
住所	〒		
電話番号	自宅 :	携帯 :	

申請対象者名	続柄	別居理由/住所
		1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.その他(理由 ) 住所:〒
		1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.その他(理由 ) 住所:〒
		1.子女の進学 2.特別養護老人ホーム等の施設への入所 3.里帰り出産 4.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。

内容	添付書類
子女の進学	在学証明書または学生証のコピー
特別養護老人ホーム等の施設への入所	入所証明書
里帰り出産	母子手帳の写し
<b>その他</b> ・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。	被保険者から申請対象者に対し、毎月、 <b>申請対象者の年間収入額(年収を12ヶ月で割った額)以上の送金の証明書。ただし、月の送金下限額:54,000円。</b>  ※第三者が客観的に証明できる方法(銀行振込等)で送金してください。 (例①:年間収入120万円の場合:月10万円以上。例②:収入無い場合:54,000円以上) 事由発生日より3ヶ月以内の場合は以下の枠内にご記入の上、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(下限額:54,000円)を毎月、送金することを誓約いたします。**

※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」(手渡し、一括送金は否認)等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

申請対象者の同居者名	被保険者との続柄	年齢	職業
		歳	
		歳	