**<記入例>　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　（特退・任継用）**

|  |
| --- |
| 平成●●年**●**月●日 |

**別居者の扶養に関する誓約書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ●●●－●●●-●●●● | | | | 携帯番号 | | ●●●－●●●●-●●●● | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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：〒 |

|  |
| --- |
| 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 |  |

■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、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。**  ※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、発生月から申請月の  送金証明書 (「振込取引控」等) を添付してください。 |

以　上

**（特退・任継用）**

|  |
| --- |
| 平成　　　年月　　　日 |

**別居者の扶養に関する誓約書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | | 氏名 |  | ㊞ |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | 携帯番号 | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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：〒 |

|  |
| --- |
| 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 |  |

■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、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。**  ※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、発生月から申請月の  送金証明書 (「振込取引控」等) を添付してください。 |

以　上