横河電機健康保険組合　理事長　殿

記　入　例

傷病手当金請求放棄に伴う誓約書

被保険者等	記号	●●●		被保険者氏名	健保　太郎
	番号	▲▲▲			
被扶養者として申請する対象者	続柄	妻		氏名	健保　良子

上記対象者の被扶養者申請にあたり、直近に加入していた健康保険の保険者に対し、「傷病手当金」の請求をしないこと、および、下記の内容を確認し、誓約いたします。

1．退職日より【２ヶ月後】と【１年後】の２回、直近に加入していた保険者に対し、「傷病手当金」の請求を行っていないことが判る証明書を保険者より入手し、提出いたします。
2．誓約したにもかかわらず、上記１.の証明書の入手を怠った場合、認定日まで遡って、被扶養者の削除の手続きを行います。
3．誓約したにもかかわらず、傷病手当金の請求を行っていたことが判明した場合、認定日まで遡って、被扶養者の削除の手続きを行います。
4．上記２.もしくは３.に該当し、被扶養者の資格が取り消しとなった場合、医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還いたします。

令和　7　年　3　月　1　日

（被保険者氏名）　健保　太郎　印

※対象者の署名ではなく、被保険者の署名です。
※誓約書のため、必ず捺印してください。
※日付・署名・捺印がない場合は受理いたしません。

事業主（会社）記入欄		
事業所	所在地 名称	事業主（会社）記入
事業主氏名		印

令和７年３月改訂
横河電機健康保険組合