

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 | |
| | 番号 | | | |
| 被扶養者として 申請する対象者 | 続柄 | | 氏 名 | |

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 年 月 日

(被保険者氏名) _____ 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 |
| 事業主氏名 | 印 |