

# < 記入例 >

## 傷病手当金請求放棄についての誓約書

被 保 険 者 証	記号	9999	被保険者 氏 名	健保 太郎
	番号	123456		
事 業 所 名	●●●株式会社		所属部署	●●●●●部
被 扶 養 者 申 請 対 象 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
	健保 華子		妻	Ⓢ H 48 年 1 月 1 日

### << 誓 約 内 容 >>

健康保険の扶養申請にあたり、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3項目についての内容に同意したうえで、誓約いたします。

- 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」をおこな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。
- 誓約したにもかかわらず、傷病手当金の請求をおこな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“減”の手続きを行います。
- 上記2.に該当した場合、被扶養者が「健康保険被保険者証」を使用したときは、その医療費の全額を返納いたします。

平成 27 年 8 月 1 日

〒 180 - 0001

被保険者 住 所 東京都武蔵野市中町●-●-●

氏 名 健保 太郎 

電話番号 0422-00-0000

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

所在地	〒
事業所 名称	事業主記入欄
事業主氏名	印