

送金証明書に関する誓約書

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号			
被扶養者として 申請する対象者(A)	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				S・H 年 月 日

健康保険被扶養者の資格要件について、下記の内容を確認し、誓約いたします。

《 確 認 事 項 》

1. 被保険者が(A)の生計を、継続して維持している事実を公的な第三者によって証明される必要があるため、送金証明書の提出を求めます。
 - * 送金証明書: いずれも送金者名、受取相手名の記載が必要
銀行振込の場合、「振込通知書」、もしくは「通帳の該当部分」の写し
現金書留の場合、「引受け票(引受け日の印が押された紙片)」の写し
2. (A)への送金は、毎月(1ヶ月に最低1回)、行っていないと認められません。
また、何ヶ月分かをまとめて送金していたり、手渡しをしている場合は、生計を維持しているとは認められません。
 - * 毎月送金を行えなかった場合は、その理由にかかわらず認められませんので、ご注意ください。
例えば、4月分を4月の月初、5月分を4月の月末に振り込んだ場合、毎月送金を行っているとは認められません。
3. 送金額は、以下の①②の条件をどちらも満たしていなければなりません。
 - * 被保険者の年収(I) = 標準報酬月額 × 16ヶ月 × 8割 ※標準報酬月額は、事業主(会社)にお問い合わせください。
 - * 被保険者世帯の一人当り生計費(II) = ((I) - 年間送金額) ÷ (本人 + 被扶養者数)
 - ① 一人当りの生計費(II)より、(A)の収入の方が少ない。
 - ② 送金額より、(A)の収入の方が少ない。

《 誓 約 内 容 》

1. (A)への送金は、毎月(1ヶ月に最低1回)必ず行います。
2. 送金は、まとめて送金したり、手渡しでは行いません。
3. 送金証明書は、毎年実施される被扶養者調査の際に、提出いたします。
また、健康保険組合より請求があった場合も、提出期限までに提出いたします。
4. 送金の必要がなくなったなど、被扶養者の要件からはずれた際は、速やかに扶養削除の手続きを行います。
5. 上記項目を誓約したにもかかわらず、ひと月でも送金が滞った場合や送金を怠った場合、提出期限までに提出しなかった場合は、送金の実事が認められない日にまで遡って扶養削除の手続きを行います。
6. 上記5. に該当した場合は、その間の被扶養者の医療費(7割分)、家族出産一時金・付加金や高額療養費・付加金などの各種給付金、人間ドックや健保共同健診の健診費を全額返納いたします。

平成 年 月 日

被保険者 住所

氏 名

印

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

事業所 所在地 名称 事業主氏名	〒	
		印