

## 傷病手当金請求放棄についての誓約書

被 保 険 者 証	記号	被保険者 氏 名	
	番号		
事 業 所 名		所属部署	
被 扶 養 者 申 請 対 象 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日
			M・T S・H 年 月 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 年 月 日

〒

被保険者 住 所 .....

氏 名 ..... 印

電話番号 .....

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

所在地	〒
事業所 名称	
事業主氏名	印