

令和 年 月 日

コムシスホールディングス健康保険組合 殿

健康保険証の

記号

番号

—

氏名

※被保険者の自署

## 扶 養 申 請 に 伴 う 誓 約 書

この度、\_\_\_\_\_を扶養申請するにあたり、組合から認定を受けた後に認定条件を満たせなくなった場合には、速やかに被扶養者資格の喪失手続きすることを誓約いたします。

また、組合が検認等、扶養に関する確認を行う場合は、期限内に書類を提出します。

もし、私が上記手続き等を行わない場合には、組合の権限で、当該被扶養者が認定条件を満たさなくなった日まで遡って資格を取り消されても異存はありません。

なお、被扶養者資格喪失後に被保険者証を使用して医療機関等を受診した場合は、私が連帯して医療費等を全額返済いたします。

以 上