様式　適用 35
伊藤忠連合健康保険組合　理事長殿

被扶養者「配偶者・子」認定に関する誓約書

20 歳未満の方の認定にかかわる場合、本紙は不要です。

被扶養者氏名	続柄	職業	年収見込額 （認定後の給与や年金などをご記入ください）
	配偶者		円
	子		円
	子		円
	子		円

上記の者、被扶養者認定を希望する理由
（いずれかに必ず〇をし、1・2 の場合は日付を記入）

1. 婚姻（婚姻年月日：　　年　　月　　日）
2. 離職（離職年月日：　　年　　月　　日）
→離職後に任意継続被保険者の資格を取得された方
（資格喪失日：　　年　　月　　日）
3. 所得の減少
4. 被保険者資格取得時と同時
5. その他（理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

上記の者が、直近（認定日前日）まで加入していた保険について
（いずれかに必ず〇をしてください。）

1. 家族の扶養　　2. 健康保険組合　　3. 協会けんぽ
4. 共済組合　　5. 国民健康保険　　6. 無保険
7. 任意継続被保険者 **（喪失証明書を添付ください）**

上記の者、被保険者との世帯状況について（いずれかに〇をしてください。）

1. 同居
2. 別居　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
3. 海外在住（別途書類が、必要となりますので当組合までお問合せください）

私がこの度申請する被扶養者「配偶者・子」認定に関しまして、次のことを誓約いたします。

1. 健康保険法第 3 条第 7 項規定に該当する「配偶者・子」であること。
2. この規定の範囲を逸脱する場合は、直ちに被扶養者より削除すること。

【健康保険法第 3 条第 7 項（被扶養者）】
・・・主としてその被保険者により生計を維持するもの。
【規定の範囲を逸脱する場合】

1. 被扶養者の年収が 130 万円（60 歳以上は 180 万円）以上の場合
2. 被扶養者の年収が被保険者の年収の 2 分の 1 以上の場合
3. 生計維持関係が消滅する場合
4. 被扶養者が健康保険の被保険者資格を取得する場合
5. 死亡した場合

申請内容について事実と相違ありません
令和　　年　　月　　日
記号ー番号　＿＿＿ー＿＿＿＿
被保険者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当該被保険者より被扶養者の範囲を逸脱する旨申出があった場合、もしくは、被扶養者の再認定（検認）で逸脱していることが判明した際は、速やかに認定削除の手続きを行います。
令和　　年　　月　　日
事業所名
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
☐本人確認済み（確認のうえ、☑をいれてください）

【留意事項】
＊被扶養者氏名・生年月日・続柄については公的機関発行書類（住民票・戸籍謄本等）により確認をお願いいたします。
＊配偶者・子　以外の認定時は本誓約書により認定確認書類の簡略化はできません。
＊本誓約書の原本は事業所で保管いただき、コピーをご提出ください。