被扶養者認定　誓約書ｄ　（別居送金）

仕送りに関する誓約書

被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ		所属部署		保険証の　記号-番号
	氏名		支　店 部・課		―
申請する被扶養者	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	生年月日	
	氏名			□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日	

誓約内容

私は、健康保険の被扶養者申請にあたり、被保険者からの仕送りが私の生活に欠かせないことと、下記の3項目についてを誓約いたします。

1. 被保険者から、必ず毎月コーセー健康保険組合の定める基準額以上の額を金融機関からの振込等※1で受取ります。
2. 被保険者からの仕送りは、その月の生活費として使用します。
3. コーセー健康保険組合が上記1、2の事実を証明する書類※2の提出を求めた場合はすみやかに提出します。

※1　継続的な送金の事実が証明できる方法（手渡しは不可）
※2　金融機関からの振込み明細や預金通帳などの関係書類

令和　　年　　月　　日

コーセー健康保険組合　理事長殿

被扶養者　住　　所〒　　―

氏名(自署)

電話番号　　―　　―