

## 育児休業取得中の被扶養者認定に関する誓約書

被保険者	フリガナ		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	フリガナ		続柄	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 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、下記の2項目についてを誓約いたします。

1. 育児休業終了後に、勤務形態の変更等により、育児休業を取得する前に比べて収入が低下したときは、必ず再認定の手続きを行います。
2. 育児休業取得中および終了後に、配偶者の収入増加等、主な生計維持者に変更が生じた場合は、必ず再認定の手続きを行います。

令和      年      月      日

コーセー健康保険組合 理事長殿

被保険者 住 所 〒                      —  
\_\_\_\_\_

氏名(自署)  
\_\_\_\_\_

電話番号                      —                      —  
\_\_\_\_\_