

健康保険出産手当金受給に伴う誓約書

被 保 険 者 証	記号		被 保 険 者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名				
申 請 す る 被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			昭 和 平 成	年 月 日
前所属事業所名			電話番号	— —
退職年月日	令和 年 月 日	出産予定年月日	令和 年 月 日	
前所属健保組合名			前保険証記号番号	

《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、出産手当金を受給しないこと
および下記の3項目について誓約いたします。

- 前所属医療保険者に「健康保険出産手当金」の受給を申請したときは、出産手当金支給開始日まで遡って被扶養者の“減”の手続きを行います。
- 愛知県情報サービス産業健康保険組合が前所属医療保険者に健康保険出産手当金の受給について確認を行うことに同意いたします。
- 上記1. に該当したにもかかわらず“減”の手続きを怠り、その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。

令和 年 月 日

〒 —

被保険者 住 所

氏 名

電話番号