**誓約書**

ＵＡＣＪ健康保険組合

理事長　殿

私の被扶養者（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　）がＵＡＣＪ健康保険組合の被扶養者として加入するにあたり、下記の事項について承諾・厳守することを誓約いたします。

記

1. 被扶養者認定基準を満たさなくなった場合、すみやかに「被扶養者異動届」　及び「返還が必要な書類」を届け出て、被扶養者の資格喪失手続きをいたします。
2. 「被扶養者資格調査」の際は、被扶養者の収入・同居/別居の確認・仕送り額等に関する調査書に回答および必要書類を提出します。なお、調査の　結果、被扶養者の認定基準から外れると判定された場合は、すみやかに　資格喪失の手続きをいたします。

被扶養者に関する必要な届け出を怠った場合や、事実と異なる届け出を行った　　場合は、遡って被扶養者の資格を取り消されるとともに、その期間にＵＡＣＪ健康保険組合が支給した保険給付費等については私が全額返還し、これについての　異議申し立てはいたしません。

以　上

記入日　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

被保険者等記号・番号：

事業所名：

所属（出向先）：

　　　　　　　　電話番号：

被保険者氏名（自署）：

※ご提出いただいた書類は返却できませんので、提出前に控えをお取りください。