

誓約書 兼 申立書

U A C J 健康保険組合 理事長 殿

私の被扶養者（氏名_____続柄_____）が
U A C J 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
ついて事実と相違ないことを申し立てるとともに、これを承諾し、厳守することを
誓約します。

記

1. 被扶養者認定基準を満たさなくなった場合には、すみやかに「被扶養者
異動届」および「返還が必要な書類」を届け出て、被扶養者の資格
喪失手続きを行います。
2. 被扶養者の収入については、家族状況報告書に記載した内容のとおり
であり、給与収入のみの場合は給与収入以外の収入はありません。
給与収入以外に収入または手当等がある場合には、収入・手当等の
すべての内容について申告します。
3. 「被扶養者資格調査」の際には、被扶養者の収入・手当、同居または
別居の状況、仕送り額等に関する調査書に回答し、あわせて必要書類
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
判定された場合には、すみやかに資格喪失の手続きを行います。

被扶養者に関する必要な届け出を怠った場合、または事実と異なる届け出を行った
場合には、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 U A C J
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
異議申し立てはいたしません。

以 上

ご記入日 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しません。必要に応じて、提出前に控えをお取りください。