

誓 約 書

熊本県自動車販売店健康保険組合
理事長 殿

私は、扶養（異動）認定に伴う雇用保険等の受給状況報告に当たり、受給を開始した場合は、報告義務を怠ることなく保険者である熊本県自動車販売店健康保険組合に対し、受給の期間及び受給額を報告し、「被扶養者（異動・減）届」を提出致します。

尚、提出を怠った場合は、遑って扶養認定を取り消される事、また、その期間に証を使用し給付を受けた療養の請求に応じることをあわせて誓約致します。

令和 年 月 日

被保険者 記号・番号 —

住所

氏 名 _____ 印 _____

電話番号

被扶養認定対象者

住所

氏 名 _____ 印 _____

電話番号

被保険者との関係（ ）