

### 申出書（その他の理由）

事業所名以外は、すべて被保険者にて自署ください。

1 扶養認定対象者 ①氏名 \_\_\_\_\_ ②続柄 \_\_\_\_\_

#### 2 申出の理由

3 上記の被扶養認定対象者の認定にあたり以下の事項を誓約します。

（内容を確認のうえ、チェック（☑）してください。）

- (1) 本申請に虚偽がないこと。及び本申請後、扶養認定対象者の扶養状況に変更が生じた際には、遅延なく当組合に届け出ること。
- (2) 上記1の扶養認定対象者の審査にあたり、本件申出書の事情を慎重に考慮のうえ下した当組合の判断を尊重し、一切異議を申し立てないこと
- (3) 上記(1)の届出を怠り、または届出に虚偽が判明した際には、認定時まで遡った取消を申し出たうえで、組合が、支給済み給付のすべての返還を求めた場合においても、一切異議なく応じること。
- (4) 認定後、組合が扶養事実の確認調査のための書類提出を求めた場合には、速やかに調査に協力すること。

令和 年 月 日

地域医療振興協会健康保険組合

理事長 小池 宏明 殿

以上について、申立ていたします。

事業所名 \_\_\_\_\_

記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_