

【様式3】

NTN健康保険組合 御中

特殊事情申出及び誓約書

申出日 令和 年 月 日

健康保険 被保険者証	記 号		番 号		事業所または所属部署
被保険者氏名			現住所		
対 象 者	氏名		生年月日 S.H. 年 月 日		被保険者との続柄
特殊事情 (状況を詳述)					
収入の有無 (注1)	1. 無収入 2. 年 金 (障害・遺族・他) 年額 円 3. 年金生活者支援給付金 (障害・遺族) 年額 円 4. 給与収入 (パート・アルバイト等) 年額 円 5. その他 () 年額 円				(添付書類) 年金裁定通知書又は改定通知書 証書 (写) 又は直近の年金振込通知書 (写) 源泉徴収票又は所得証明書 各収入を証明するもの
医療助成の有無	有 ・ 無	有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
医療機関窓口 での自己負担 *あてはまるものに○	・有 ・無 1. 通常どおり窓口で3割又は2割の負担を行う 2. 入院 1日・1回・1ヵ月につき 円 3. 通院 1日・1ヵ月につき 円 4. 償還払い (医療機関窓口で一旦支払い、後日市町村に請求し、支払われる助成制度) 5. その他 ()				
<誓 約 書> 上記に虚偽の内容があった場合には、扶養認定日 (又は申出日) に遡り扶養を抹消し、その間に発生した保険給付の全額を弁済することを誓約いたします。また、認定後の扶養関係に異動が生じた場合には、速やかにその旨を届出致します。 年 月 日 住所 〒 被保険者 氏名					

(注1)一時的なものを除き、継続性のあるものはすべて収入となります。(各種公的及び個人年金、不動産収入、利子・株配当金、被保険者以外からの仕送り、生命保険等)

* 障害者手帳・療育手帳、医療受給者証をお持ちの方は、写しを添付して下さい。

* 届出書の提出につきましては、プライバシー等の問題もありますので、封書にて各部署の健康保険組合担当者へ提出していただいても構いません。

常務理事	事 務 長	担 当 者