

# 被扶養者認定に関する誓約書

平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名\_\_\_\_\_ 印

被保険者証の記号\_\_\_\_番号\_\_\_\_\_

私は、平成 年 月 日付で\_\_\_\_\_の被扶養者（異動）届を提出いたしました。

被扶養者資格が認定されました後に私との生計維持関係に異動が生じ、事実上、私が主として生計を維持する実態がなくなりました場合には、速やかにその旨を組合に届け出て、被扶養者資格喪失の手続きをいたします。

なお、万一私が行わず、組合がその事実を確認した場合には、組合の権限で当該被扶養者の資格を扶養関係が喪失した日に遡って喪失されても異存はありません。また、私が被扶養者資格喪失の届出を怠ったため、被扶養者資格の要件が喪失しているにもかかわらず保険給付等を受け、組合にご迷惑をおかけしました場合は、私が連帯してその損失を弁済することを誓約いたします。

以 上