

誓約書⑤（仕送り証明）

申請対象者：_____（続柄：_____）の扶養申請にあたり、
毎月仕送りをいたします。

その証拠として、後日、まずは仕送り証明3ヵ月分を貴健康保険組合に提出し
ます。その後、更に3ヵ月分（計6ヵ月分）を追加提出します。

仕送りの事実を証明できない場合は事実がなくなった月に遡って、またはその
額が基準を満たしていない場合は、速やかに扶養から外す手続きを行います。

（数ヵ月分をまとめて送金している場合は仕送りとは認められません。毎月の仕送りが必
要です。また、健康保険組合は定期的に調査をすることがありますのでご了承ください。）

令和 年 月 日

被保険者氏名（自署）：

住 所 〒 _____

電話番号

渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿