〇〇年　〇〇月　〇〇日

マルハン健康保険組合　御中

仕送り額に関する誓約書

私は、住所の異なる親族を扶養申請するにあたり、現在、生計維持関係にあり、今後も下記条件のもとで生計を維持することを誓約します。

被扶養者として認定されたのち、マルハン健康保険組合より「仕送りを証明する書類」の提出を求められた時は、遅滞なく提出いたします。また、実際の仕送りを本誓約どおり行わなかった場合、あるいは扶養申請対象者の収入が仕送り額を超えていた場合は、その時点に遡って被扶養者から削除されることに同意します。

扶養申請対象者	続柄	収入（給与・年金・事業収入等）年額	別居の理由
健保　康子	母	55 万円（老齢基礎年金）	元々離れて暮らしており、同居予定がないため

	本年仕送り額	備考		翌年仕送り額	備考
1 月（1/15 まで）	万円		1 月（1/15 まで）	12 万円	2 か月分（1・2 月）
2 月（2/15 まで）	万円		2 月（2/15 まで）	― 万円	
3 月（3/15 まで）	万円		3 月（3/15 まで）	6 万円	
4 月（4/15 まで）	万円		4 月（4/15 まで）	6 万円	
5 月（5/15 まで）	万円		5 月（5/15 まで）	6 万円	
6 月（6/15 まで）	万円		6 月（6/15 まで）	6 万円	
7 月（7/15 まで）	万円		7 月（7/15 まで）	6 万円	
8 月（8/15 まで）	万円		8 月（8/15 まで）	12 万円	2 か月分（8・9 月）
9 月（9/15 まで）	万円		9 月（9/15 まで）	― 万円	
10 月（10/15 まで）	6 万円		10 月（10/15 まで）	6 万円	
11 月（11/15 まで）	6 万円		11 月（11/15 まで）	6 万円	
12 月（12/15 まで）	6 万円		12 月（12/15 まで）	6 万円	
合計	18 万円		合計	72 万円	

上記内容に相違ありません。

保険証記号 1 番号 123456

被保険者名 健保　太郎

■注意事項■

1. 仕送りの現況と今後 1 年間の仕送り予定額を記入し、現況を証明する書類を添付してください。
2. 当月の仕送り期限は毎月の 15 日までです。各月の仕送り予定金額と年間合計額も記入してください。
3. 定期的かつ継続的な仕送りが必要となります。賞与時などに数ヵ月分をまとめて仕送りされる方は、備考欄にその旨と何ヵ月分などの詳細を記載してください。（1 回につき 3 ヵ月分を限度とし、年 4 回以上の仕送りが必要です。）
4. 被保険者の仕送り金額が扶養申請対象者の収入を上回っていることが条件となります。
5. 毎月の送金実績の証明（銀行の利用明細のコピー）は半年分を 6 月 30 日、12 月 31 日健康保険組合必着でお送り下さい。
6. 別居を解消した場合は被扶養者全員の『住民票』（原本）を健康保険組合にお送り下さい。