

扶養誓約書

香川県知事 殿

私と下記の者は、健康保険法等における扶養者と被扶養者の関係と同等の関係にあることを誓約します。

ふりがな	
被扶養者氏名	
被扶養者との続柄（注）	
ふりがな	
被扶養者氏名	
被扶養者との続柄（注）	
ふりがな	
被扶養者氏名	
被扶養者との続柄（注）	

注 扶養者から見た被扶養者との続柄を記載してください。

扶養者住所	〒	ふりがな	
		扶養者氏名	

注 対象生徒を扶養している者の住所を記入し、署名してください。
（申請者と同一人物の場合も住所を記入し、署名してください。）

上記の事実と相違がないことを誓約します。

申請者住所	〒	ふりがな	
		申請者氏名	