日野自動車健康保険組合 御中

被扶養者の年金受給に関する確約書

扶養認定対象者（家族）氏名	

該当するものにチェックを入れ、必要事項を記入してください。

☐ 現在、年金は受給しておりません。
今後も受給いたしません。

☐ 現在、年金は受給しておりません。＿＿＿＿歳より受給予定です。
受給開始後に年金振込通知書（写）の提出を求められた場合には、
速やかに提出致します。

上記記載内容に相違ありません。
違反した場合には、当該期間中に受けた保険給付金をすべて
返却いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者（本人）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

確認欄	自署の場合は、押印を省略することができます。 ＊ただし、訂正があった場合は、省略不可 （←自署であるため、押印を省略する場合は、☑）
☐	

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人（被保険者）が、自署以外で作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 （←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑）
☐	

上記の通り相違ないことを証明します。　令和　　年　　月　　日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名　　㊞

（R2.7改訂）