

年 月 日

岐阜県知事 様

### 扶養誓約書

私と\_\_\_\_\_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。

※15歳（中学生を除く）以上23歳未満の扶養されている兄弟姉妹を記入してください。

扶養者住所	〒	ふりがな	
		扶養者氏名	

※保護者等（父・母等）の住所・氏名を記入してください。

上記のとおり、事実相違がないことを証明します。

申請者住所	〒	ふりがな	
		申請者氏名 (保護者等) (自署)	
<p>※扶養者と同一人の場合も必ず記入してください。</p>		ふりがな	
		生徒氏名	