

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。

扶養者住所	〒	ふりがな	
		扶養者氏名	

※主たる生計維持者の住所・氏名を記入してください。

上記のとおり、事実と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 (生計維持者) (自署)	

※扶養者と同一人の場合も必ず記入してください。