

年 月 日

佐賀県知事 様

扶養誓約書

扶養者住所	〒	ふりがな	
		扶養者氏名	

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。

【被扶養者の住所・氏名】

住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		
住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		
住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		
住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		
住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		
住 所	〒	ふりがな		続柄
		氏 名		

※扶養者から見た被扶養者の続柄を記入してください。