

雇用保険失業給付の受給に係る誓約書

この度、健康保険被扶養者の認定に係る届出を行うにあたり、当該被扶養者の雇用保険失業給付の受給に関して、下記のとおり誓約します。

記

1. 失業給付の受給について（該当する項目に☑）

失業給付を受給する予定ですが、自己都合による退職のため給付制限期間があります。

失業給付を受給する予定ですが、出産・疾病等のため受給延長を申請中（予定）です。

2. 失業給付の受給を開始し、日額が3,612円（60歳以上または障害厚生年金受給者は5,000円）以上となる場合、または日額を年額に換算（日額×360日）した金額が、被保険者の年間収入額の2分の1以上となる場合は、失業給付の受給開始日をもって、速やかに被扶養者から削除する手続きをいたします。

3. 上記の必要な手続きが遅延した場合でも、失業給付の受給開始日まで遡って被扶養者から削除しても異議申し立ていたしません。

また、万一被扶養者資格の無い期間に、貴健保組合が負担した医療費及び保険給付金がある場合は、貴健保組合の請求に基づき全額返還いたします。

以上

年 月 日

記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名 _____

被扶養者氏名 _____

【特記事項】

この誓約書は被扶養者が退職後に雇用保険の受給資格があり、受給を予定している場合、または妊娠・出産等により受給期間延長手続きをする（した）場合に添付していただく書類です。

この誓約書を提出の際は、コピーを控えとして保管してください。

誤記があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名（フルネーム）をご記入ください。