〔被扶養者認定書類〕

200201

観光産業健康保険組合 理事長 様

雇用保険失業給付の受給に係る誓約書

健康保険被扶養者の認定に係る届け出を行うにあたり、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、私は次の①～③うち　　に該当します。

① 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。なお、受給資格者証は、発行され次第そのコピーを提出します。

　② 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。 なお、受給資格者証及び受給期間延長通知書は、発行され次第そのコピーを提出します。

　　③ 現在は、就労の意思が無いため、受給手続きを行わない予定です。なお、万一受給手続きをした場合は、受給資格者証が発行され次第そのコピーを提出します。

（以下、受給した場合の誓約）

　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とります。

　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ありません。

　また、万一被扶養者資格の無い期間に保険診療を受けた場合は、貴健保組合が

負担した医療費を全額返還します。

以上

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 | |  | |
| 事業所名 |  | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | |
| 認定対象者の氏名 |  | | | 続柄 | |  |

※ 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。