

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

この度、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（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。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。
- 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。
- 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	_____ 印				
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。