宝グループ健康保険組合理事長殿

雇用保険失業給付に関する誓約書

健康保険の扶養認定にあたり、以下のとおり誓約いたします。

（雇用保険失業給付について該当する箇所に☑を入れてください）

☐　受給しません　⇒ 理由（☐雇用保険未加入　　☐加入期間不足等）
☐　受給放棄します ⇒ 理由を記入（　　）
☐　受給します　　⇒ 受給手続き開始予定年月（令和　　年　　月頃）
☐　受給延長します ⇒ 受給延長の理由
（☐ 妊娠・出産・育児【出産（予定）日：令和　　年　　月　　日】
☐ 本人の病気・けが等
☐ 配偶者の海外勤務への帯同
☐ 親族の看護・介護
☐ その他（理由を記入：　　））

※１被扶養者が失業給付（基本手当日額：3,612 円以上（60 歳以上は 5,000 円以上）の受給を開始した場合は、速やかに健康保険組合に対して扶養削除の届を提出するとともに、資格確認書（持っている場合に限る）を返納します。

※２離職票や受給延長通知書の原本の提出を求められた場合は速やかに提出します。

※３誓約内容に変更があった場合は、速やかに健康保険組合に申し出ます。

上記の手続きが遅延した場合に、扶養認定の取消等が行われても異議申し立ていたしません。また、その間に健康保健組合から支払われた保険給付費があった場合は全額返納します。

令和　　年　　月　　日

被保険者等（記号）＿＿＿＿＿（番号）＿＿＿＿＿

被保険者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

認定対象者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄 ＿＿＿