

雇用保険失業給付受給に関する誓約書

イマジカ健康保険組合 理事長 殿

このたび、被扶養者の認定申請にあたり、雇用保険失業給付受給について次のことを申し出いたします。

・認定対象者について

【認定対象者の氏名】

【被保険者との続柄】

・雇用保険失業給付について

失業給付は、 受給しません

受給資格がありません

受給延長します

※✓を付けて下さい

つきましては、下記事項について、誓約いたします。

誓 約 内 容

- 将来、状況がかわり、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、受給開始日をもって資格喪失日となり、削除の異動届を提出するとともに、健康保険被保険者証を返却いたします。
- 上記 1 に該当したにも関わらず、削除の手続きを行わなかった場合は、受給開始日に遡って扶養認定を取り消されても異存ありません。また、取り消される期間中にその被扶養者が組合からの給付を受けた場合は、その給付の全額を返納いたします。
- 失業給付の受給に関して、健康保険組合から状況確認のため離職票等の提出を求められた場合は、速やかに提出いたします。

誓 約 日： 令和 年 月 日

事 業 所 名：

被保険者証・記号： 番号：

被 保 険 者 氏 名： 印

※自署に限り、捺印省略可