

雇用保険に伴う誓約書

| | | | | |
|----------------|---------|-----|-------------|---------|
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 | ○ ○ | 被保険者 氏 名 | 健 保 太 郎 |
| | 番号 | ○○○ | | |
| 被扶養者 氏 名 | 健 保 花 子 | | | (続柄) 妻 |

誓約事項

1. 受給状況内容に変更等が生じた場合は、直ちに健康保険組合に連絡します。

※該当するものおよび、今後該当するものにレ点をつけてください。

- 受給対象者ではありません。
- 雇用保険の失業給付を受給しません。
- 基本手当日額が基準以下（60歳未満の方は3,611円、60歳以上の方は5,000円）なので失業給付を受給します。
- 雇用保険の失業給付を受給延長します（理由）
- 基本手当日額が基準以上（60歳未満の方は3,611円、60歳以上の方は5,000円）なので、待期期間中のみ扶養に入ります。なお、失業給付をもらい始めたら直ちに扶養からはずす手続きをします。
- 受給終了しました。（令和 ○年 ○月 ○○日）

2. 上記の受給現況内容に変更等が生じたのにも関わらず手続きを怠り保険証を使用したときは、その医療費の全額を返納いたします。

3. 年間収入が扶養基準額（60歳未満の方は130万円、60歳以上の方は180万円）以上になったときは、直ちに扶養をはずす手続きをします。

私は、被扶養者認定の手続きにあたり、上記の事項を遵守することを誓約します。

令和 ○年○○月○○日

被保険者氏名 健 保 太 郎

令和 ○年○○月○○日提出

受付日付印