

雇用保険失業給付に関する調査及び誓約書

◆認定対象者の失業給付の受給予定

1. 今後の受給予定 (いずれかに○印)		2. 具体的理由(該当に○印) / 受給開始時期(予定を記入)
	今後も受給しない	①加入期間不足 ②受給権の放棄 ③その他()
	受 給 予 定	年 月ころ受給開始予定
	受給期間の延長	①妊娠・出産・育児 ②病気・けが ③その他()

◆ 誓 約 書

私は、健康保険の被扶養者の認定申請を行うにあたり、以下の事項を厳守することを誓約いたします。
また、万一違反した場合は、認定日に遡って資格を取り消され認定除外日以降に受けた保険給付等を返還するとともに、健康保険法第217条に基づき、10万円以下の過料に処せられることについて理解いたしました。

- 【1】 雇用保険失業給付の受給を開始する場合は、直ちに健康保険組合に申し出を行います。
また、給付金額が基準額を上回る場合、直ちに被扶養者削除手続きを行います。
- 【2】 当初の予定を変更する場合は、速やかに健康保険組合に申し出を行います。
- 【3】 健康保険組合より失業給付受給の有無等の調査が行われた場合は、速やかに回答いたします。
- 【4】 離職票1・2及び受給資格者証の原本は4年間保管し、健康保険組合から提示を求められた場合は、速やかに提示いたします。

年 月 日

記号・番号 (-)

被保険者署名

認定対象者署名

被保険者
との続柄