

健保使用欄		
認定日	登録	受付

ヤマハ健康保険組合 理事長殿

雇用保険失業給付に関する誓約書

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記の通り誓約いたします。

記

1. 区分 下記該当区分に を付けてください。
 受給しない（加入期間不足、放棄等） 受給予定 受給延長（延長予定含む）
2. 理由 上記1.区分の 及び の方は、下記該当番号に を付けてください。（その他は理由記入）
 加入期間不足 妊娠・出産・育児 海外帯同 病気・けが
 その他 []
3. 受給開始予定 上記1.区分の および の方は、下記に受給開始予定をご記入ください。
 令和 年 月頃
4. 誓約書

上記の通り相違ありません。そして以下の事項を厳守することを誓約いたします。
 また、万が一違反した場合は、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全額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される事に同意いたします。

- 1)雇用保険失業給付を受給開始する場合は、直ちに健康保険組合に申し出るとともに、失業給付の基本手当日額 3,612円(60歳以上及び厚生年金の障害年金受給要件に該当する場合は5,000円)以上の場合は、直ちに被扶養者除外手続きを行います。
- 2)回答内容に変更が生じた場合には、速やかに健康保険組合に申し出るとともに、健保所定の手続きを行います。
- 3)健保より失業給付受給調査が行われた際は、速やかに回答します。
- 4)離職票1,2(又は受給資格者証)の原本を4年間大切に保管し、健保より提示を求められた場合は速やかに提示します。

以上

令和 年 月 日

記号 _____ 番号 _____

事業所名 _____

被保険者(自署) _____ (印)

認定対象者(自署) _____ 続柄 _____

この誓約書は2部作成し、そのうちの1部をヤマハ健康保険組合にご提出ください。