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　下記該当区分に〇を付けてください。**

① 受給しない（加入期間不足、放棄等）　② 受給予定　③ 受給延長（延長予定含む）

2. **理由　上記1. 区分の①または③の方は、下記該当番号に〇を付けてください。（その他は理由を記入）**

① 加入期間不足　② 妊娠・出産・育児　③ 海外帯同　④ 病気・けが

⑤ その他 〔　　〕

3. **受給開始予定　上記1. 区分の②または③の方は、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（または受給資格者証）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）**　（自署の場合、押印不要）　㊞

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。

(2022/2)