

海空運健康保険組合 理事長 殿

直近1年間に雇用保険に加入していた方のみ以下の内容を確認し、誓約書へ署名をお願いします。

雇用保険（失業給付金）の受給確認（以下のいずれかに☑をしてください）

受給予定    受給辞退    受給延長中    受給延長予定

## 雇用保険（失業等給付金）受給に係る誓約書

この度、健康保険法第3条第7項の被扶養者の認定に係る届け出を行うにあたり、当該被扶養者の雇用保険法第10条に定める基本手当（以下「失業給付金」という。）の受給に関して、下記のとおり誓約します。

### 記

1. 失業給付金の受給を開始し、日額が3,612円（配偶者を除く19歳以上23歳未満は4,167円・60歳以上または障害厚生年金受給者は5,000円）以上となる場合、または日額を年額に換算（日額×360日）した金額が、被保険者の年間収入額の2分の1以上となる場合は、失業給付金の受給開始日をもって、速やかに被扶養者から削除する手続きをとります。
2. 上記の必要な手続きが遅延した場合でも、失業給付金の受給開始日まで遡って、被扶養者から削除しても異議ありません。また、万一被扶養者資格の無い期間に保険診療を受けた場合は、貴健保組合が負担した医療費を全額返還します。

誓約日：令和   年   月   日

被保険者等記号・番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名（自署） \_\_\_\_\_

被扶養者として申請する家族（認定対象者）

氏名： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_