

(失業給付受給者用)

味の素健康保険組合

理事長 殿

## 誓 約 書

私は、(認定対象者氏名)：\_\_\_\_\_ の被扶養者申請にあたって、  
「離職票 1. 2. (写し)」「雇用保険受給資格者証 (写し)」を提出することを誓約いたします。

また、認定対象者が失業給付受給に際し、失業給付の基本手当日額が3,561円 (60歳以上の場合4,931円) を超える場合は、すみやかに「被扶養者 (異動) 届 (削除)」を提出し、被扶養者から外れることを了承いたします。

もし、上記に反した場合は求職申込日に遡り、被扶養者の資格を取消されても異議ないとともに、当該期間に発生した医療費の全額及びその他給付金を過去に遡及し返還いたします。

令和 年 月 日

被保険者

記号：\_\_\_\_\_ 番号：\_\_\_\_\_

自署：\_\_\_\_\_ (印)