《別紙 3》 誓 約 書

私 _____(従業員名) は、健康保険の扶養申請にあたり雇用保険に加入していた家族に関し、以下の事項を遵守することを誓約します。

また、以下 2 から 5 項の被扶養者と認められない期間で、医療機関等での検査・治療等の保険給付費等、貴健保組合に費用負担が発生した場合は、請求のとおり返還することを誓います。

【誓約事項】

1. 《別紙 1》《別紙 2》の内容について、私と申請対象の家族が共に確認しました。
2. 被扶養者認定日について以下内容を承諾しました。
 - ・扶養申請が事由発生から 1 か月以内の場合は、事由発生日が被扶養者の認定日となること。
 - ・届出の提出が遅れ、事由発生日より 1 か月を経過した場合は、健保組合が扶養と認めた日が被扶養者の認定日となること。
3. 失業給付金を受給する場合、基本手当日額が 3,612 円 (60 歳未満)、または 5,000 円 (60 歳以上または障害厚生年金受給要件に該当する程度の障害者) 以上の場合は、受給開始日以降、速やかに扶養からははずす手続きが必要なことを承諾しました。
4. 被扶養者資格喪失日について以下内容を承諾しました。
 - ・失業給付の基本手当日額が 3 項の収入基準額以上の場合、受給開始日が被扶養者の資格喪失日となること。
 - ・受給開始後、扶養からははずす申請を行わなかった、または申請が遅れた場合であっても、受給開始日が被扶養者の資格喪失日となること。
5. 健康保険組合が行う定期的な失業給付金の受給状況確認で、基本手当日額が 3 項の収入基準額以上の失業給付を受給していることが判明した場合は、受給開始日まで遡って被扶養者の資格が喪失となることを承諾しました。

ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 (従業員) 署名: _____

扶養申請対象者 (家族) 署名: _____