

# 誓約書

## (雇用保険関連)

私は、(認定対象者氏名) 健保 花子 が、退職し被扶養者として申請をするにあたり、雇用保険の失業給付受給に関して下記のとおり確認し、誓約いたします。

1. 勤務期間：平・令 00 年 00 月 00 日 ~ 令 00 年 00 月 00 日 ( 年 か月間)

### 2. 退職理由

- ①  自己都合 (  結婚  出産  病気  定年  その他 )  
②  会社都合

### 3. 雇用保険失業給付受給について

- ①  受給予定 【 受給手続き予定月 : 令和 00 年 00 月 】  
②  受給中 \*基本手当日額 **3,612円未満** (60歳以上また障害年金受給者は5,000円未満)の方が対象者です  
③  受給を延長する \*延長申請をした方は、後日必ず「受給期間延長通知書(写)」を提出してください  
④  放棄する [理由を記入: ]  
⑤  未定 [理由を記入: ]

## 大塚製薬健康保険組合 理事長 殿

本書提出にあたり、以下の事項について誓約いたします。

- 上記の該当した項目に変更が生じた場合は、直ちに健康保険組合に対しその旨報告し、その指示に基づき必要な手続きを行います。また、提出を要請された雇用保険に関する書類は、入手次第速やかに提出します。
- 雇用保険の受給状況を証明する書類(延長通知書・受給資格者証など)は責任を持って保管し、健康保険組合で実施する被扶養者の資格確認(検認)のときに要請された場合は、速やかに提出します。
- 被扶養者が公共職業安定所(ハローワーク)に求職の申込みを行い、雇用保険失業給付(基本手当日額)3,612円以上(60歳以上また障害年金受給者は5,000円以上)の受給を開始した場合は、受給開始日を以って被扶養者資格喪失の手続きを行います。
- 前項に該当したにもかかわらず、手続きを行わなかった場合には、受給開始日あるいは健康保険組合が提示した日まで遡って被扶養者の資格を取消されても異議はないとともに、当該期間に発生した医療費の全額およびその他給付金を全額遡及し返還いたします。

令和 00 年 00 月 00 日

被保険者氏名(社員自署) : 健保 太郎

認定対象者氏名(家族自署) : 健保 花子

健康保険被保険者証 記号 0000 番号 0000

被保険者メールアドレス : kenpot @ otsuka.jp