ロートグループ健康保険組合　御中

雇用保険に関する誓約書

私は、(認定対象者氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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。

記

1. 雇用保険失業給付受給について

☐ 受給予定

【受給手続き予定月：令和＿＿年＿＿月】【受給開始　予定月：令和＿＿年＿＿月】

☐ 延長する　[理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿]

☐ 放棄する　[理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿]

☐ 資格なし　[理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿]

☐ 未定　　[理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿]

理由は必ずご記入ください

2. 当誓約書の提出にあたり、以下の事項について誓約いたします。

① 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。

② 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資格確認(検認)の際に要請された場合は、速やかに提出します。

③ 被扶養者が雇用保険失業給付(基本手当日額 3,612 円以上、60 歳以上・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。

④ 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。

以上

令和＿＿年＿＿月＿＿日

被保険者等記号・番号　＿＿＿＿・＿＿＿＿

住所　〒＿＿＿－＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名(社員)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2024.12 改正