

失業給付受給に関する誓約書

住友不動産販売健康保険組合 殿

被保険者氏名： _____

この度、被扶養者届を行う _____ (続柄： _____) (以下「認定対象者」という。)の失業給付受給に関する件について、下記のとおり誓約いたします。

1. 公共職業安定所（ハローワーク）に雇用保険失業給付の受給を申請し、雇用保険受給資格者証に記載された基本日額が 3,611 円を超える場合には、受給開始日を以って被扶養者の資格を喪失するものとして、速やかに健康保険組合へ「健康保険被扶養者（異動）届」を提出することを誓約いたします。

また、受給開始日以降に遡って被扶養者の資格が取消しとなり、健康保険組合が負担した認定対象者に関する医療費・付加給付金等を返還することに同意いたします。

【失業給付受給延長の場合は下記ご記入ください】

2. 受給延長の理由は以下のとおりです。

受給期間延長の理由	
受給期間延長の期間	年 月 日 ~ 年 月 日

以 上

※この書類に記載された個人情報、被扶養者の認定以外の目的では使用致しません。