

神栄健康保険組合 御中

雇用保険 失業給付受給に関する誓約書

このたび、私の家族の被扶養者申請にあたり、下記のとおり誓約いたします。

記

1. 失業給付を受給することになった場合は、速やかに神栄健康保険組合へ連絡します。
2. 基本手当日額*が基準額（60歳未満 3,612 円、60 歳以上 5,000 円）以上の場合は、速やかに扶養削除の手続きを行い保険証を返却します。
3. 削除手続きが遅れた場合は、受給開始日に遡って扶養削除し、資格喪失日以降の医療費については全額返還します。
4. 神栄健康保険組合より雇用保険の失業給付に関する書類の原本等の提出を求められた場合は、速やかに提出します。
5. 神栄健康保険組合より管轄の公共職業安定所へ雇用保険の失業給付状況を照会しても異議ありません。

以上

年 月 日

被保険者証 記号_____番号_____

被保険者氏名_____

被扶養者（認定対象者）氏名_____ 印（捺印又は自署）