協和キリン健康保険組合　宛

雇用保険受給に関する誓約書

被保険者氏名		扶養申請対象者	

1. 退職日

年　　月　　日　退職

2. 雇用保険（失業給付）について

☐　受給資格なし　⇒（ ☐ 雇用保険未加入　　☐ 加入期間の不足等 ）

☐　受給資格はあるが受給しない　⇒理由を記入（　　）

☐　申請中または申請予定

☐　受給延長する　⇒ **下記 3. の回答必須**

3. 受給延長の理由について

☐　妊娠・出産・育児　≪出産（予定）日：　　年　　月　　日≫

☐　病気・けが等

☐　配偶者の海外勤務への帯同

☐　親族の看護・介護

☐　その他　（理由を記入：　　）

上記のとおり、相違ないことを誓約いたします。

対象者が雇用保険の失業給付（基本手当日額：3,612 円（60 歳以上または障害年金受給者は 5,000 円）以上）の受給を開始した場合は、速やかに健康保険組合へ扶養削除の手続きを行います。

失業給付の受給開始後、健康保険組合への扶養削除の手続きを行わなかった場合には、受給開始日まで遡って被扶養者資格を取り消し、その間に健康保険組合が負担した医療費および給付金を全額返納いたします。

年　　月　　日　　被保険者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿