アルバック健康保険組合　御中

誓　約　書

該当項目にご回答ください。最後に署名いただきご提出をお願い致します。

１．認定対象者の氏名と退職日について

認定対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　退職

２．雇用保険（失業給付金）について

□(1)．放棄する　（雇用保険の受給資格はあるが、失業給付の受給を放棄する方）
なお、病気で働く事ができないため受給しない場合は下記にも回答してください
前加入健保での傷病手当金の受給について
➡　□ア．受給していない　　□イ．受給中、申請中

□(2)．受給予定（再就職の意思があり、失業給付を受給する方）

□(3)．延長（中）する　➡　下記 3.を回答してください

３．受給延長の理由について

□(1)．妊娠・出産・育児　　□(2)．病気・ケガ等

□(3)．配偶者の海外勤務への帯同　　□(4)．親族の看護・介護

□(5)．その他（具体的な理由　：　　）

つきましては、下記事項を遵守することを誓約いたします。

1. 公共職業安定所（ハローワーク）に求職の申込みをし、失業給付等が支給開始されたときは、遅滞なくアルバック健康保険組合に届出をし、被扶養者の削除申請手続きをします。
2. 失業給付等が開始されたにも関わらず、扶養者削除の届出をしていなかったことが明らかになった場合には、受給開始日までさかのぼって被扶養者資格を取り消されても意義はありません。また、その間に発生した医療給付金等の全額をアルバック健康保険組合へ返還します。
3. 今後、失業給付等の支給状況の確認を求められた際には、速やかに回答します。

＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

記号＿＿＿＿＿＿＿＿番号＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※支給日額が 3,612 円以上（60 歳以上は 5,000 円以上）の場合、受給期間中は扶養に入ることができません。受給終了後に扶養申請してください。

※失業給付受給申請中の方で支給日額が上記を上回る額で決定された場合、支給開始日で扶養削除の手続きが必要です。「被扶養者（異動）届」に「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付し、保険証もしくは資格確認書と一緒に事業主を経由して提出してください。

※支給開始日は、「給付制限期間終了日」（給付制限期間がない場合は「待機満了日」）の翌日を意味します。ハローワークでの「処理日」や金融機関への「振込日」ではありませんので、ご注意ください。

健康保険組合記入欄
（失業給付受給開始年月日：　　年　　月　　日）

アルバック健康保険組合