

失業保険を受給しない旨の誓約(同意)書

私 _____ は、 _____ の扶養認定に際して
FUJI健康保険組合へ失業給付を受給しないことを申し出ていることから、
今後、失業給付を受給した場合にはFUJI健康保険組合の「失業保険受給者に関する認定基準(※)」に基づき、必ず扶養削除の手続きをとることをお約束いたします。

(※)「失業保険受給者に関する認定基準」とは

失業給付を受給した場合(月額収入3,612円以上、障害者・60歳以上の場合は5,000円以上)には受給開始日から受給終了日まで扶養認定をしない。

なお、被扶養者の削除の届出が遅れた場合は、健康保険組合の届出受付日より所定給付日数(受給開始日から受給終了日までの期間日数)を被扶養者から削除する。

令和 年 月 日

記号・番号 _____ - _____

被保険者名 _____ (自署)