

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、19歳以上23歳未満(※1)(被保険者の配偶者を除く)の場合は4,167円以上、60歳以上または障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者は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。

(※1)19歳以上23歳未満の年齢要件の判定については、所得税法上の取扱いと同様、その年の12月31日時点の年齢で判定いたします。(注:年齢は民法上、誕生日の前日に加算されるため、誕生日が1月1日の方は12月31日において年齢が加算されることにご留意ください。)

令和 年 月 日

記号・番号 _____ - _____

被保険者名 _____ (自署)