

健康保険被扶養者（異動）届の

雇用保険を受給しない旨の誓約書

★離職後の雇用保険の基本手当日額が3,612円以上（60歳以上または障害者の方は5,000円以上（年金の日額を含む））の家族うち、雇用保険を受給しない家族についてのみ提出して下さい。

被保険者等の 記号と番号	被保険者（社員本人）氏名	雇用保険を受給しない家族	
		氏 名	続柄
(記号)			
(番号)			

セコム健康保険組合 理事長 殿

誓 約 書

上記家族の被扶養者申請にあたり、下記の事項を誓約いたします。

- 健康保険の被扶養者として認定を受けるため、雇用保険の失業給付を今後受給いたしません。
- 雇用保険の失業給付を受給する場合は、すみやかに健康保険組合に「被扶養者削除届」を提出いたします。受給を開始したにもかかわらず「被扶養者削除届」の提出を怠り、その被扶養者が保険証を使用したときは、健康保険組合が負担した医療費全額を返納いたします。

署名年月日 年 月 日

被保険者氏名（署名）

※必ず署名して下さい。