

【提出先】

- ① ファイルリクエスト (推奨) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>
② 社 内 便 の 場 合 : 社員 ⇒ 人事部 ⇒ 小野薬品健康保険組合

(失業給付関連)

小野薬品健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

私は、(認定対象者氏名) : _____ の被扶養者加入申請にあたり、
以下の通り誓約いたします

- (受給延長中や権利放棄者が改めて後日失業給付を受給申請する場合であっても) 失業給付を受給する場合は、「雇用保険受給資格者証」の表裏両面写し(日額や受給期間が記載されたもの)を当健康保険組合に提出いたします。
- 日額3,612円以上(60歳以上または障がい者は日額5,000円以上)の失業給付を受給する場合は、すみやかに当該被扶養者を当健康保険組合から外す手続きを行います。
- 上記に反した場合は認定日に遡って資格を取り消されることに一切の異議申し立てはいたしません。また、当該期間中に受けた保険給付・保健事業費等を全額返還いたします。

令 和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記号 : _____ 番号 : _____

被保険者氏名 : _____

※ 「被扶養者認定対象者の状況届」の雇用保険の失業給付に関する項目で「申請中(申請予定)」、「受給延長中」、「受給権利があるが申請しない」と記載された方は必ず誓約書を提出ください。

※ 「現在受給中」、「受給権利なし」、「受給済」と記載された方は提出不要です。