

この「誓約書」は下記5.項の確証の交付(入手)以前に申請するときに使用してください。

日本電気健康保険組合御中

誓約書

今般、申請の扶養認定対象者は、収入日額3,612円未満(月収108,334円未満、年収130万円未満 ※60歳以上および障害年金を受給している方は、収入日額5,000円未満(月収150,000円未満、年収180万円未満))であり、貴組合のその他の扶養認定基準も満たしているため、私の被扶養者として認定いただきたく、扶養認定に必要な確証について、下記の提出期限までに提出します。

記

1. 被保険者証記号・番号 _____ 氏名 _____

2. 事業所名・所属 _____

3. 文書メール番号・TELNET (TEL) メール _____ TELNET _____

4. 被扶養対象者名・続柄 被扶養者名 _____ 続柄 _____

5. 扶養認定申請の事由および提出予定確証((1)~(3)の中から事由を選んで○を付けてください)

(1) 離職 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日退職

※下記の該当確証にチェック☑を入れてください。(必須)

雇用保険受給日が決定したとき、「雇用保険受給資格者証」(基本手当日額(表面)及び、待期・給付制限期間(裏面)が印字されたもの)の写し

雇用保険受給延長したとき、「受給期間延長通知書」の写し

雇用保険を受給しないときは「雇用保険被保険者離職票-1、-2」の写し及び、「失業給付非受給による扶養認定願」

(「雇用保険被保険者離職票-1、-2」が発行されない時は「雇用保険資格喪失確認通知書」の写しまたは、「雇用保険被保険者離職票非発行証明書」)

(2) 扶養認定対象者の配偶者の死亡 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日死亡

遺族年金額が決定したとき、その「遺族年金裁定通知」の写し

(3) その他

6. 提出期限 (予定日)

※最長で1.5ヶ月程度先の日付を記入してください。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 までに貴組合へ提出いたします。

提出期限までに提出しなかった場合及び、提出した確証で扶養認定基準を満たしていないことが判明した場合は、認定日まで遡及の上資格を消滅し、この間に発生した医療費等給付金の返還に応じることを誓約いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者名 _____

