

# 誓約書

B I P R O G Y健康保険組合理事長 殿

下記認定対象者が失業給付を受給するときは「健康保険被扶養者異動届（減）」を提出することを誓約します。（基本手当日額が60歳未満の方で3,612円以上、60歳以上の方及び身体障害者の方で5,000円以上の場合）

また、失業給付の受給期間を延長した場合で、受給の手続きをとった時は、「雇用保険受給資格者証」（コピー）を提出いたします。

なお、万一これらの書類を提出しない場合は、認定日、または失業給付受給開始日に遡って当該被扶養者の減員手続きをし、その期間にかかった費用（医療費、各種給付金等）の全額をB I P R O G Y健康保険組合に返還いたします。

対象者氏名

令和 年 月 日

記号・番号

被保険者氏名

印

健康保険組合記入欄

(失業給付受給開始年月日 年 月 日)