

(秘密)

オムロン健康保険組合 理事長 様

失業等給付の受給および離職票等の提出に伴う承諾書

私の被扶養者は、失業等給付を受給する・受給延長する・受給しない・受給対象外となる (いずれかに○) ことになりました。よって、以下の承諾事項全てについて承諾いたします。

また、私およびその被扶養者が承諾事項を遵守できなかった場合は、オムロン健康保険組合の取り決めに不服を申し立てず、すみやかに従います。

承 諾 事 項

■ 失業等給付を受給する場合

1. 被扶養者が「雇用保険受給資格者証」を受領次第、すみやかにその写しをオムロン健康保険組合へ提出します。
2. 被扶養者に「基本手当日額」を確認させ、基本手当日額が 3,612 円以上（60 歳以上の方および障害年金受給者は日額 5,000 円以上）である場合は、すみやかに「健康保険被扶養者異動届（扶養削除）」を提出し、受給開始日より扶養から外します。
※受給開始日は、「給付制限期間終了日」（給付制限期間がない場合は「待機満了日」）の翌日です。
3. 2 項に該当するにも関わらず、受給開始日以降も扶養認定状態が継続している事実が明らかになった場合は、受給開始日に遡って扶養から外します。
その場合、受給開始日以降に受けた被扶養者に係る健保負担分の医療費（7 割）および各種給付金等の全額をオムロン健康保険組合へ返金します。

■ 失業等給付を受給延長する場合、および受給しない場合

4. 失業等給付を受給することになった場合は、事前にオムロン健康保険組合へその旨を報告します。
5. 4 項の報告後、【■失業等給付を受給する場合】の内容を理解したうえで、すみやかに対応します。
6. オムロン健康保険組合より、後日状況確認のため、離職票や延長通知の提出を求められたときは、すみやかに提出いたします。
7. オムロン健康保険組合が、受給状況を定期に確認することについて異議はありません。後日、受給状況報告依頼を求められた場合は、すみやかに対応いたします。

承諾日 年 月 日

被保険者等の記号・番号 —

被保険者氏名 印

被扶養者氏名

* 自署の場合は押印不要