

扶養認定に関する念書

私 _____ は、 _____ の扶養認定に際してニューオータニ健康保険組合へ失業給付を受給しない（離職票未交付）こと申し出ていることから、今後、離職票の交付を受け、失業給付受給の手続きを開始した場合にはニューオータニ健康保険組合へ申し出をし、条件に該当した場合には、必ず扶養削除の手続きをとることをお約束いたします。

また、扶養手続にあたって、ニューオータニ健康保険組合では失業給付を受給する場合、給付日額が 3,562 円（60 歳以上と障害年金受給要件該当者は 4,932 円）以上であると被扶養者にならない事の説明を受けました。

従って、失業給付の受給開始を健保組合へ申し出ることなく、上記基準額以上の失業給付を受給した場合には、受給開始日に遡って扶養認定を取消されることを承諾致します。

年 月 日

記号・番号 _____ .

被保険者名 _____ 印

扶養対象者氏名 _____

事業所担当者名 _____ 印