

ニューオータニ健康保険組合

理 事 長 殿

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た場合にはニューオータニ健康保険組合へ連絡をし、必ず扶養削除の手続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、待機期間も含めて被扶養者になれない事の説明を受けました。

従って、上記の内容にもかかわらず失業給付の受給をした場合には、受給手続を行なった日に遡って扶養認定を取消されることを承諾致します。

平成 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