

雇用保険失業給付受給に伴う誓約書

被 保 険 者	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名				
申 請 す る 被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			年	月 日

健康保険の扶養申請にあたり、下記について誓約いたします。

私の家族（上記、被扶養者）は 年 月 日 で _____ を退職いたしました。

●雇用保険等失業給付について、次のことを申し出ます。

※下記、該当いづれかにチェックを入れる

- 失業給付を受給しない 又は 受給資格がない場合
【添付書類】 離職票（I・II）の写し、または雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し
- 受給期間を延長する （理由： _____）
【添付書類】 受給期間延長通知書の写し
- 失業給付の待期期間中 又は 給付制限中である
【添付書類】 雇用保険受給資格証の写し

●下記事項について誓約・同意いたします。

1. 雇用保険失業給付の受給を開始するときには、ただちに扶養削除申請をいたします。
2. 雇用保険失業給付を受給しているにも関わらず、扶養削除の届出をしていなかったときには、虚偽の事実が発生した日に遡って扶養認定を取り消されても異議はありません。
その場合、取り消される期間中に受けた被扶養者に係る給付の全額を大陽日酸健康保険組合へ返還いたします。
3. 前加入健康保険から「傷病手当金」又は「出産手当金」の受給はしていません。

令和 年 月 日

〒

被保険者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

※ 誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。