

常務理事	事務長	課 長	担 当

雇用保険の失業給付に係る誓約書

被保険者証 の記号番号	保険証 記 号		保険証 番 号		氏 名				
被扶養者 氏 名					電 話	※日中連絡が取れる番号		続柄	

【誓 約 事 項】

1. 受給状況内容に変更が生じた場合は、直ちに健康保険組合へ連絡します。
※該当するものに☑をつけて下さい。
- ☐

雇用保険の失業給付の受給資格がありません。
- ☐

雇用保険の失業給付を受給しません。
- ☐

基本手当日額が基準未満（60歳未満の方は3,612円、60歳以上の方は5,000円）なので雇用保険の失業給付を受給します。
- ☐

下記理由により雇用保険の失業保険給付を受給延長します。
理由（）
- ☐

基本手当日額が基準以上（60歳未満の方は3,612円、60歳以上の方は5,000円）なので待期期間中のみ扶養に入ります。
尚、雇用保険の失業給付を受給し始めたら、直ちに扶養削除の手続きをします。
失業給付の受給開始日： 令和 年 月 日
2. 待期期間中・給付制限期間中に就業を開始したときは、直ちに扶養削除の手続きをします。
但し、就業後の収入が扶養基準内の場合は、収入額のわかる証明書を提出します。
3. 雇用保険の失業給付を受給しているにも関わらず扶養削除の手続きを怠ったときは、
事由発生日に遡り、扶養認定を取り消されても異議はありません。
尚、当該機関全てにおいて健康保険組合が負担した医療費及び給付金を全額返納いたします。

私は、被扶養者認定の手続きにあたり、上記の事項を遵守することを誓約します。

年 月 日

被保険者氏名
(自署) _____