

雇用保険（失業給付）受給に関する誓約書

被保険者氏名		対象者氏名	
--------	--	-------	--

1. 退職日

年 月 日 退職

2. 雇用保険（失業給付）について 該当する箇所に を入れてください。

- 受給資格なし⇒理由（ 雇用保険未加入 加入期間不足等 ）
- 受給放棄する⇒理由を記入（ ）
- 受給予定 ⇒受給手続き開始予定年月（ 年 月頃 ）
- 受給延長する⇒**受給延長の理由**

- 妊娠・出産・育児【出産(予定)日： 年 月 日】
- 本人の病気・けが等
- 配偶者の海外勤務への帯同
- 親族の看護・介護
- その他（理由を記入： ）

上記のとおり、相違ないことを誓約いたします。

対象者が雇用保険（失業給付）の受給開始の際、基本日額(*)が規定額を超える場合は、速やかに扶養から外す手続きを行います。

また、受給しているにも関わらず扶養から外す手続きを怠った場合は、事由発生日に遡り扶養認定を取り消されても異議申し立ていたしません。

尚、当該期間全てにおいて健康保険組合が負担した医療費および給付金を返戻いたします。

(*)基本日額：3,612円（60歳未満）

5,000円（60歳以上または

概ね障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者）

年 月 日

被保険者証（記号） _____（番号） _____

被保険者氏名（自署） _____

○必ずご自身で写しを保管してください。