

健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長		担当者

事業所 健保担当者
年 月 日

雇用保険（失業給付）受給等に関する誓約書

保険証の	記号		被保険者 氏名	生年月日	昭・平	年	月	日	性別
	番号								男・女
資格取得年月日	平・令								

扶養認定対象者について									
扶養認定 対象者氏名				生年月日	昭・平	年	月	日	性別
								男・女	
申請前 の 状況	会社名	(TEL)							
	退職日	令和	年	月	日	退職理由			

☆ 該当の□欄にチェックし、記入欄は日付などを記入してください。

- (1) 受給の意志はありません。
- ① 離職票の交付を受けない。
- ② 離職票の交付を受けたが、受給の意志がない。
- 家事に専念するため
- 学業に専念するため
- パート・アルバイト等（扶養範囲以内の収入）が見込まれるため
- その他（ ）
- (2) 受給期間を延長するため。
- 病気・けがのため
- 妊娠・出産・育児のため（出産（予定）日：令和 年 月 日）
- 親族の介護のため

提出日 令和 年 月 日
扶養認定の申請にあたり雇用保険（失業給付）について上記の通り申告いたします。

つきましては、下記事項について誓約・同意いたします。

- 雇用保険（失業給付）を受給する場合は、ただちに「被扶養者（異動）届」と対象者の「保険証」を会社人事に提出し、扶養削除の手続きを行います。
- 雇用保険（失業給付）を受給したが、扶養削除の手続きを行わなかったことが確認できた際は、受給開始日まで遡って扶養認定を取消されても異議はありません。
- 扶養認定を取消された場合、取消以降に当健保組合が負担した医療費や、健診代等は全額返還いたします。

被保険者氏名 _____

《 健保受付欄 》