

# 雇用保険不受給誓約書

令和 年 月 日

ダイハツ健康保険組合  
理事長 殿

氏名（社員） 印

保険証番号 ー

所 属  
住 所 〒

電話番号

私は、令和 年 月 日付で\_\_\_\_\_（私との続柄 \_\_\_\_\_）に関する  
異動届を提出いたしました。申請しました扶養家族は、雇用保険の受給資格がありますが  
扶養者として保険証を発行してもらうため受給手続きはいたしません。

また、雇用保険の受給手続きを行う場合は、事前にダイハツ健康保険組合に届出し指示に  
従います。

もし、扶養者が届出をせず、雇用保険を受給した場合は、私が責任をもってダイハツ健康  
保険組合に直ちにお知らせし指示に従います。

なお、私はその手続きを行わず、ダイハツ健康保険組合に損害を与えた場合には、その損  
失を弁済することを誓約いたします。

以 上