

*本誓約書は失業給付受給権の放棄もしくは受給延長する方のみご提出ください。

石原産業健康保険組合 御中

雇用保険の失業給付に係る誓約書

事業所名			
被保険者等 記号・番号	—	被保険者氏名	
申請する 扶養者名		退職日	R 年 月 日

*いずれかの□欄に『✓』を記入ください。

雇用保険の失業給付について

☐ 1. 受給しない(就業の意志が無いため受給権を放棄する)

*事情が変わって受給手続きを行う場合は健保組合へご連絡ください。

☐ 2. 延長する⇒延長理由に回答ください。

☐ 妊娠・出産・育児【出産(予定)日を記入：令和 年 月 日】

☐ 本人の病気・けが等

☐ 親族の看護・介護

上記のとおり相違ありません。本書提出にあたり、以下の事項について誓約いたします。

【誓約事項1】

被扶養者が失業給付(基本手当日額:3,612円以上(60歳以上は5,000円以上)の受給を開始した場合は、速やかに健康保険組合に対して、「被扶養者異動届」及び「健康保険被保険者証」、「健康保険資格確認書」、「雇用保険受給資格者証の写し」を提出いたします。

【誓約事項2】

上記の誓約事項1に反して健康保険組合に提出しなかった場合は、被扶養者認定を事由発生日まで遡って取り消されることを了とし、その間に健康保険組合から支払われた保険給付費があった場合は全額返納いたします。

年 月 日

被保険者氏名

印

*誓約書のため捺印をお願いします。

※ この誓約書を提出の際は、コピーを控えとして保管してください。