

クボタ健康保険組合 理事長殿

## 失業給付受給に関する誓約(同意)書

(和暦)

私は、\_\_\_\_\_年 月 日付で(勤務先名)\_\_\_\_\_を  
退職いたしました。

雇用保険の失業給付について、傷病手当金の受給中は失業給付の受給をしないことを下記  
のとおり誓約・同意いたします。

### 記

1. 雇用保険の失業給付の受給申請を開始(予定)する場合には、遅滞なく貴組合にその旨  
報告いたします。
2. 失業給付受給申請しているにも関わらず、傷病手当金を受給していた事実が明らか  
になった場合には、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消され  
ても異議ありません。
3. 雇用保険離職票 I (資格喪失確認通知書)写または雇用保険受給期間延長通知書写も  
あわせて提出します。  
貴組合より管轄ハローワークへ雇用保険受給状況を確認することに異議ありません。
4. 傷病手当金を受給するにあたり、療養を担当した医師に傷病の症状・経過等について  
確認することに異議ありません。

以上

(和暦)

年 月 日

被保険者 住所

氏名

印