

雇用保険の失業給付に係る誓約書

記号		番号	
被保険者 氏名		認定対象者 氏名	

*いずれかの□欄に○を記入ください。(必須)
○の記入がない誓約書は無効になります。

1. 雇用保険の失業給付について

- ☐ 1. 受給資格なし
- ☐ 2. 放棄する
- ☐ 3. 延長する⇒下記2. 回答必須
- ☐ 4. 受給予定【受給手続き(予定) 日を記入：平成 年 月 日】

2. 受給延長の理由について

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

新日鐵住金健康保険組合 理事長 殿

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(減)」及び「健康保険被保険者証」「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】

離職票は大切に保管いたします。
失業給付の受給に関して、健康保険組合から状況確認のために離職票の提出を求められたときは、速やかに提出いたします。

【誓約事項3】

上記の誓約事項1. 2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。

平成 年 月 日

被保険者氏名 ④

※「健康保険被扶養者異動届(増)」に添付して、申請ください。