

## 雇用保険（失業給付）受給に関する誓約書

### 1. 対象者について

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

### 2. 雇用保険（失業給付）について

該当する箇所に  を入れてください

- 受給資格なし → 理由（  雇用保険未加入  加入期間不足等 ）
- 受給放棄する → 理由を記入（ \_\_\_\_\_ ）
- 受給延長する → 理由
- 妊娠・出産・育児 【出産(予定)日:令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日】  
（ 出産手当金を受給していません  はい）
  - 本人の病気・けが等  
（ 傷病手当金を受給していません  はい）
  - 親の看護・介護
  - その他（理由を記入： \_\_\_\_\_ ）

上記のとおり、相違ないことを誓約いたします。

今後、対象者が雇用保険（失業給付）等給付金の受給を開始し、基本手当日額が扶養認定基準値以上だった場合は、速やかに扶養から外す手続きを行います。

また受給しているにも関わらず、扶養から外す手続きを怠った場合は、事由発生日に遡り扶養認定を取り消されても異議申し立てはいたしません。

なお、当該期間すべてにおいて、健康保険組合が負担した医療費および給付金は全額返還いたします。

年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

被保険者証（記号） \_\_\_\_\_ （番号） \_\_\_\_\_

被保険者氏名（自署） \_\_\_\_\_