

雇用保険不受給に伴う被扶養者申請誓約書

被保険者証	記号	700	被保険者氏名	健康 太朗
	番号	7000		
事業所名	〇〇〇株式会社		所属部署	□□□
申請する被扶養者	氏名	健康 華子	続柄	妻
			生年月日	大・昭 平・令 XX年 3月 3日

《 誓 約 内 容 》

- 申請する被扶養者については、雇用保険の受給はいたしません。「公共職業安定所の求職の申込をしたとき」又は「就職したとき」には、速やかに被扶養者の減員手続きを行います。
- 上記1. に該当したにもかかわらず減員手続きを怠り、その被扶養者が健康保険被保険者証を使用したときは、その医療費の全額を返納いたします。

上記の記載事項に相違ないことを誓約し、申請いたします。

令和 XX年 5月 1日

〒 150 - 0000

被保険者 住所 東京都渋谷区神南1-1

氏名 健康 太朗 

電話番号 03-5786-0000

※ 添付書類

受付印

「離職票-1・2」の写し
(注) 離職票については、原本を確認させてもらう場合があります。