

雇用保険不受給に伴う被扶養者申請誓約書

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

《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。
- 受給が開始したにもかかわらず減員手続きを怠ったときは、その被扶養者について貴組合が負担した減員すべき日以降の医療費等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。