

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 太郎
	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 》

1. 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。
2. 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 太郎



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。