

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		被 保 険 者 氏 名	
	番 号			
事 業 所 名			所 属 部 署	
申 請 する 被 扶 養 者	氏	名	続 柄	生 年 月 日
				大・昭 平・令 年 月 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. 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 年 月 日

〒 ー

被 保 険 者 住 所

氏 名 印

電話番号

※ 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。