

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 》

- 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 年 月 日

丁 一

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。