

雇用保険失業給付受給権放棄に伴う誓約書

被 保 険 者 証	記号	9999	被保険者 氏 名	健保 太郎
	番号	123456		
事 業 所 名	●●●株式会社		所属部署	●●●●●部
申 請 する 被 扶 養 者	氏 名	健保 華子	続 柄	妻
				生 年 月 日 Ⓢ・H 48 年 1 月 1 日
受給権放棄の理由	雇用保険に加入していた期間が3ヶ月なので、失業給付の受給資格を満たしていないため			

《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、雇用保険失業給付を受給しないこと
および下記の3項目について誓約いたします。

- 1.管轄のハローワークから、「求職の申込」をおこなっていない証明として、
「雇用保険の受給に関する証明書」(※)を入手いたします。
※退職日の約1年後に、当健保組合から被保険者に証明書をお渡しいたします。
※ハローワークによっては、当健保指定の証明書では、証明を行わない場合があります。
その代わりに、「離職票1」「離職票2」に、受給していない内容の捺印をする
場合がありますので、退職の際は、退職先の会社から「離職票1」「離職票2」を
必ず発行していただき、紛失しないよう大切に保管してください。
- 2.管轄のハローワークに「求職の申込」をし、「雇用保険失業給付の受給」を申請したときは、
求職申込日まで遡って被扶養者の“減”の手続きを行います。
- 3.上記2.に該当したにもかかわらず“減”の手続きを怠り、その被扶養者が健康保険
被保険者証を使用したときは、その間の被扶養者の医療費(7割分)、
家族出産一時金・付加金や高額療養費・付加金などの各種給付金、人間ドックや
健保共同健診の健診費の全額を返納いたします。

平成 27 年 8 月 1 日

〒 180 - 0001

被保険者 住 所 東京都武蔵野市中町●-●-●

氏 名 健保 太郎 

電話番号 0422-00-0000

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

所在地	〒
事業所 名 称	事業主記入欄
事業主氏名	
	印