

雇用保険不受給に伴う被扶養者申請誓約書

被保険者証	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。