

# 雇用保険失業給付等に関する誓約書

i D A 健康保険組合理事長 殿

私の被扶養者 \_\_\_\_\_ 【続柄 \_\_\_\_\_】（下記、認定対象者）について下記のとおりであることを申し出ます。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日付で \_\_\_\_\_ を退職いたしました。

1. 雇用保険（失業給付）への加入の有無

加入していた  加入していなかった

2. 雇用保険に加入していた場合

受給権あり  受給する・・・退職の事由（ 自己都合  会社都合）

受給しない・・・理由

( )

受給権なし

【提出書類について】

・失業給付の待機期間中または給付制限期間中である場合

雇用保険受給資格者証の写し

・受給期間を延長する場合

受給期間延長通知書の写し

・失業給付を受給しない場合

離職票（Ⅰ・Ⅱ）の写し、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し、離職票を発行しないことの証明書のうちいずれか1点

つきましては、下記事項について誓約・同意いたします。

1. 雇用保険失業給付の受給を開始するときには、ただちに被扶養者除外申請をいたします。
2. 雇用保険紙業給付を受給しているにも関わらず、扶養除外の提出をしていなかった事実が明らかになったときには、虚偽の事実が発生した日に遡って扶養認定を取り消されても異議はありません。その場合、取り消される期間中受けた被扶養者に係る給付の全額を i D A 健康保険組合へ返還いたします。
3. 前加入健康保険から「傷病手当金」または「出産手当金」の受給はしていません。
4. i D A 健康保険組合より、管轄ハローワークへ失業給付受給状況を確認しても異議はありません。

上記誓約・同意いたします

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

記号： _____	番号： _____
住所：〒 _____	
【被保険者氏名】 _____	
【認定対象者氏名】 _____	