

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		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
				S・H 年 月 日
受給権放棄の理由				

《 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2項目についてを誓約いたします。

1.公共職業安定所に「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。

2.上記1.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、その医療費の全額を返納いたします。

年 月 日

〒 ー

被保険者 住 所

氏 名 (印)

電話番号

※誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

※ 添付書類：「離職票-1・2」(写し)

所在地	〒
事業所 名称	
事業主 氏名	(印)

受付日付印

【収集する個人情報について】

本誓約書に記入された個人情報は、本誓約書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。