

雇用保険失業等給付金などの休業補償の受給に関する誓約書

私の扶養家族である（氏名）_____（続柄_____）は、雇用保険失業等給付金の受給資格がありますが、次のことを申し出します。

- A. 失業等給付金の受給申請予定（申請予定日：令和 年 月 日頃）
- B. 失業等給付金の待機期間中又は給付制限中である
- C. 受給期間を延長する（理由：_____）
- D. 失業等給付金を受給しない（理由：_____）

※上記 A～D の該当するいずれかの にチェックを入れてください。

A・C・D にチェックを入れた場合は、必ず () 内もご記入ください。

【提出書類について】

- A. 失業等給付金の受給申請予定の場合（発行され次第、速やかに提出してください）
- ・雇用保険受給資格者証の両面の写し
 - ・支給の流れの写し
- B. 失業等給付金の待機期間中又は給付制限中である場合
- ・受給資格者証の両面の写し
- C. 受給期間を延長する場合（発行され次第、速やかに提出してください）
- ・離職票(1.2)の原本
 - ・受給期間延長の通知書の原本
- D. 失業等給付金を受給しない
- ・離職票(1.2)の原本

つきましては、下記事項に誓約・同意いたします。（なお本書の写しも有効と認めます。）

1. 失業等給付金などの休業補償・生活保障が受給開始するときには、ただちに扶養削除申請をいたします。
2. 離職票は大切に保管いたします。失業等給付金などの休業補償・生活保障の受給に関して、サンゲツ健康保険組合から受給状況確認のために離職票や雇用保険受給資格者証などの提出書類を求められたときは、速やかに提出いたします。求められた書類を提出しなかった場合は、扶養認定を事由発生日まで遡って取り消されることを了承し、その間にサンゲツ健康保険組合から支払われた医療費及び給付金などがあった場合は、全額返納いたします。
3. 失業等給付金などの休業補償・生活保障を受給しているにもかかわらず、扶養削除申請をしていなかった事実が明らかになったときには受給開始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、その期間に病院等でかかった医療費及び給付金などの全額をサンゲツ健康保険組合へ返納いたします。
4. 前加入健保から「傷病手当金」又は「出産手当金」の受給はしていません。
5. 生活保障を目的とした公的給付金などの受給はしていません。
6. サンゲツ健康保険組合が管轄のハローワークへ失業等給付金や育児休業給付金の受給状況を確認しても異議はありません。

令和 年 月 日

保険証記号番号： _____

住所：〒 _____

被保険者氏名： _____ 印

認定対象者(被扶養者)氏名： _____ 印