

## 雇用保険失業給付受給権放棄に伴う誓約書

被保険者等	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
被扶養者として 申請する対象者	続柄		氏 名	
受給権放棄の理由				

上記対象者の被扶養者申請にあたり、雇用保険失業給付を受給しないこと、および、下記の内容を確認し、誓約いたします。

1. 雇用保険失業給付受給権を放棄する予定だったが、その後状況が変わり、受給期間を延長することとなった場合は、速やかに健康保険組合に申し出るとともに、必要な手続きを行います。
2. 雇用保険失業給付受給権を放棄する予定だったが、その後状況が変わり、失業給付の受給を開始したときは、受給開始日より被扶養者の削除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、削除の手続きを怠った場合、被扶養者の資格がない期間の医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還いたします。
4. 管轄のハローワークから、失業給付を受給していない証明として、「雇用保険の受給に関する証明書（※）」を入手します。  
※退職日（または誓約書の提出日）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、当健保組合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。
5. 誓約したにもかかわらず、上記4.の証明書の入手を怠った場合、認定日まで遡って、被扶養者の削除の手続きを行い、被扶養者の資格がない期間の医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還いたします。

令和        年        月        日

(被保険者氏名) \_\_\_\_\_ 印

※対象者の署名ではなく、被保険者の署名です。  
 ※誓約書のため、必ず捺印してください。  
 ※日付・署名・捺印がない場合は受理いたしません。

事業主(会社) 記入欄	
事業所	所在地 名称
事業主氏名	印