

雇用保険の失業給付に係る誓約書

※ 失業給付を受給する方、および、受給する資格はあるが受給しない方について、
家族を扶養に入れる申請をする場合、本誓約書を添付してください。

記号		番号	
被保険者氏名		新たに扶養を希望する 被扶養者氏名	

* ☐ 欄にチェック（レ）を入れてください。

1.雇用保険の失業給付について

受給する予定です ☐

受給しません ☐

巴川コーポレーション健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり相違ありません。本書提出にあたり、以下の事項について誓約いたします。

【誓約事項 1】

被扶養者が失業給付（基本手当日額：3,612円以上（60歳以上は5,000円以上）
の受給を開始した場合は、速やかに健康保険組合に対して、「被扶養者異動届（減）」
及び「資格確認書」「雇用保険受給資格者証の写し」を提出いたします。

【誓約事項 2】

離職票は大切に保管いたします。失業給付の受給に関して、健康保険組合から状況確認
のために離職票の提出を求められたときは、速やかに提出いたします。

【誓約事項 3】

上記の誓約事項 1. 2 に反して健康保険組合に提出しなかった場合は、被扶養者認定を
事由発生日まで遡って取り消されることを了とし、その間に健康保険組合から支払われた保険
給付費があった場合は全額返納いたします。

年 月 日

被保険者氏名

※ 本人自筆の場合は押印は不要です