

雇用保険 失業等給付受給に関する誓約兼同意書

【該当項目に☑】

※訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者氏名	住重 健太	今回扶養申請する 家族氏名	住重 康子
--------	--------------	------------------	--------------

Q 1 今回扶養申請する家族は、過去（4年以内）に就労していましたか？

就労していた（退職日：令和 **6** 年 **x** 月 **x** 日）※Q2へ 就労していない ※誓約・同意欄へ

Q 2 過去（4年以内）に就労していた場合、今回扶養申請する家族の雇用保険（失業等給付）について

1) 受給資格がない

理由: **加入期間不足**

2) 受給しない・受給を放棄する

理由:

3) 受給を延長する、もしくは受給延長中である

妊娠・出産・育児による（出産日・出産予定日：令和 年 月 日）

本人の病気・怪我による

被保険者の海外勤務への帯同

親族の介護・看護

その他（理由： ）

4) 受給する予定（ハローワークへの求職申込日・予定日：令和 年 月 日）

上記のとおり相違ないことを証明します。

また、下記についても誓約・同意します。

※下欄の内容をご確認の上、ご署名ください。Q 1 で「就労していない」を選択した場合は③のみ同意したことになります。

① 失業等給付の受給開始（給付日額3,612円以上。60歳以上、障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は、日額5,000円以上）等で扶養認定基準から外れる場合は、速やかに貴組合に扶養終了手続きをおこないます。

② 失業等給付の受給開始（給付日額3,612円以上。60歳以上、障がい年金受給者は日額5,000円以上）に伴う扶養終了の届出を失念し、失業等給付受給開始日以降に医療機関で貴組合の健康保険被保険者証を使用した場合は、その医療費（貴組合負担分）を、その期間中に利用した健保事業補助金とあわせ、金額の多寡に関わらず返納いたします。また、異議申し立てはおこないません。

③ 貴組合より、管轄の公共職業安定所へ雇用保険の失業等給付受給状況を必要により照会することに同意します。

確認記入日：令和 **6** 年 **xx** 月 **xx** 日

被保険者 署名

自署

対象者 署名

自署