

帝人グループ健康保険組合理事長殿

## 雇用保険（失業給付）受給に関する 誓約書

社員番号	保険証記号	保険証番号	被保険者氏名

退職日： 令和 年 月 日

\*いずれかの□欄にチェックしてください。（必須） チェックがない誓約書は無効となります。

## 1.雇用保険の失業給付について

- 1. 受給資格なし
- 2. 放棄する
- 3. 延長する⇒下記2.回答必須

## 2.受給延長の理由について

- 1. 妊娠・出産・育児【出産(予定)日を記入：令和 年 月 日】
- 2. 本人の病気・けが等
- 3. 配偶者の海外勤務への帯同
- 4. 親族の看護・介護

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。

1. 被扶養者の認定を受けるにあたり、雇用保険（失業給付）を受給いたしません。または、受給延長いたします。
2. 離職票1、2（または受給資格者証）を4年間保管し、健康保険組合より提出を求められた場合には、速やかに提出します。
3. 健康保険組合より、管轄ハローワークへ雇用保険（失業給付）受給状況を確認しても異議はありません。
4. 当初の予定を変更し、雇用保険（失業給付）を受給する場合は、速やかに被扶養者削除の手続きを行います。
5. 雇用保険（失業給付）を受給しているにも関わらず、被扶養者削除の届出をしていなかった事実が明らかになったときには、虚偽の事実が発生した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。

令和 年 月 日

認定対象者氏名（自署）：  
\_\_\_\_\_

## &lt;注意事項&gt;

この書類に記入していただいた個人情報については、帝人グループ健康保険組合のプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱い、目的外には利用しません。