雇用保険 失業給付等に関する誓約書

ベネッセグループ健康保険組合理事長　殿

私の家族（下記、認定対象者）は、
(和暦)　　年　　月　　日付で（会社名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を退職いたしました。
雇用保険失業給付の受給資格がありますが、（理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
のため、失業給付を受給しない・受給期間を延長する・失業給付の待期期間中又は給付制限期間中である（いずれか〇）ことを申し出、以下の書類を提出いたします。
【失業給付を受給しない場合】　離職票又は雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し
【受給期間を延長する場合】　離職票の写し・受給期間延長通知書の写し
※前健康保険から「傷病手当金」又は「出産手当金」を受給中の場合は、申し出てください。
【失業給付の待期期間中又は給付制限期間中である場合】　雇用保険受給資格者証の写し
つきましては、下記事項について誓約・同意いたします。

１．雇用保険失業給付の受給を開始する場合には、ただちに扶養解除申請をいたします。
※扶養解除日は、受給開始日（「給付制限期間終了日」 給付制限期間がない場合は「待期満了日」の翌日）となります。
２．雇用保険失業給付を受給しているにも関わらず、扶養解除の届出をしていなかった事実が明らかになった場合には、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ありません。
その場合、取り消される期間中に受けた被扶養者に係る給付の全額をベネッセグループ健康保険組合へ返還いたします。
３．前加入健康保険から「傷病手当金」又は「出産手当金」の受給はしておりません。
４．ベネッセグループ健康保険組合より、管轄ハローワークへ失業給付受給状況を確認しても異議ありません。

上記誓約・同意いたします

記入日　　年　　月　　日

被保険者等 記号＿＿＿＿＿番号＿＿＿＿＿
（被保険者）　住所〒　　－＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話（　　）　　－＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（認定対象者）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

R06.12