

雇用保険に伴う誓約書 1

今回、下記の被扶養者につきましては、雇用保険の受給期間中は認定されないことを了解し、**雇用保険を受給しない**ことを誓約いたします。

また、万が一誓約に反し雇用保険の受給を受けるときは、遡ってその被扶養者資格を喪失されても異存はありません。喪失にも関わらず被扶養者として保険証を使用したことにより貴組合より医療費の返還を請求された場合、全額責任をもって貴組合へ返還することを誓約いたします。

記

被保険者証の記号・番号	記 号		番 号
被 保 険 者 氏 名			
被 扶 養 者 氏 名			
チェック欄 (どちらかに☑)	離職票の 交付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 受給資格あり	<input type="checkbox"/> 失業給付を受ける意思はありません。 (受給の権利を放棄します。)
			<input type="checkbox"/> 当面の間は「求職の申し込み」や「受給期間延長申請」を行う予定はないが、今後受給期間内(1年以内)に申請(受給)する予定
		<input type="checkbox"/> 受給資格なし	雇用保険未加入または加入期間不足のため受給できない

※ 離職日以前の2年間に通算12ヶ月以上勤務していた方で受給資格をお持ちの方
 ・受給しない 「失業給付を受ける意思はありません」へチェック
 ・受給する 誓約書2を提出

※ 受給資格があり当面の間は「求職の申し込み」や「受給期間延長申請」を行う予定はないが、受給期間内(1年以内)に申請(受給)する予定の方は人事担当者から定期的に雇用保険受給確認のご連絡をさせていただく場合がございますので、ご了承ください。

カシオ健康保険組合殿

西暦 年 月 日

被保険者氏名

印

住所