

雇用保険の失業給付に係る誓約書

S K健康保険組合 理事長 殿

私の家族（下記、認定対象者）は、

令和 年 月 日付で _____ を退職しました。

1. 雇用保険失業給付についての申し出（該当項目に☑を記入ください。）

- 失業給付を受給しない
- 受給期間を延長する（理由 _____ ）
- 受給待機期間または給付制限中
- 失業給付を受けているが扶養基準内であるため

2. 提出書類（この誓約書に下記の書類を添付のうえ提出ください。）

- 失業給付を受給しない場合・・・離職票1と2の写し
- 受給期間延長の場合・・・離職票1と2の写しと受給期間延長通知書の写し
- 受給待機期間または給付制限中の場合・・・受給資格者証の写し

3. 同意・誓約（被保険者氏名は必ず自署記入ください。）

- (1) 失業給付の受給を開始し、基本手当日額が3,612円以上（60歳以上・障害者は5,000円以上、配偶者以外の19歳以上23歳未満は4,167円以上）となる場合は、速やかに「被扶養者届（減少用）」「雇用保険受給資格者証の写し」「資格確認書（発行該当者のみ）」を提出します。
- (2) 上記の基本手当日額を超えて受給しているにも関わらず、被扶養者届（減少用）を提出していないときは、遡って扶養認定の取り消しが行われても異議はありません。また、それに伴い保険給付の返還金が生じた場合、S K健康保険組合へ返還します。
- (3) S K健康保険組合より、後日状況確認のため、離職票や延長通知の写しの提出を求められたときは、速やかに提出します。

令和 年 月 日

上記のとおり雇用保険の失業給付について同意・誓約します。

被保険者等記号・番号 記号 _____ 番号 _____

被保険者の氏名 _____

認定対象者の氏名 _____ 続柄 _____