

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 _____ ）
- ☐ 給付制限期間中
- ☐ 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
- 給付制限期間中の場合・・・・・・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してください。）

- （1）失業給付の受給を開始し、基本手当日額が3, 612円以上（19歳以上23歳未満（被保険者の配偶者を除く）は4, 167円以上、60歳以上・概ね厚生年金保険法による障害年金の受給要件に該当する程度の障害者は5, 000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」「被保険者証（令和7年12月1日まで）もしくは資格確認書（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原本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 _____