

# 雇用保険等失業給付金受給に関する誓約書

ブリヂストン健康保険組合理事長 殿

私の家族（下記、認定対象者）は、

年 月 日付で\_\_\_\_\_を退職いたしました。

雇用保険等失業給付の受給資格がありますが、次のことを申し出ます。

- A. 失業給付を受給しない
- B. 受給期間を延長する（理由：\_\_\_\_\_）
- C. 失業給付の待機期間中又は給付制限中である
- ※該当いずれかにチェックを入れる

## 【提出書類について】

- A. 失業給付を受給しない場合  
離職票（Ⅰ・Ⅱ）、又は雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し
- B. 受給期間を延長する場合  
受給期間延長通知書の写し
- C. 失業給付の待機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。

- 雇用保険失業給付の受給を開始するときには、ただちに扶養除外申請をいたします。
- 雇用保険失業給付を受給しているにも関わらず、扶養除外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。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ブリヂストン健康保険組合へ返還いたします。
- 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。
- ブリヂストン健康保険組合より、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

年 月 日

記号： \_\_\_\_\_ 番号： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

【被保険者氏名】 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

【認定対象者氏名】 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_