

雇用保険(失業給付金)等受給に関する誓約書

1. 認定対象者について

認定対象者氏名: _____ 退職日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 雇用保険(失業給付金)について

(1) 受給資格なし (雇用保険に加入していたが、加入期間の不足等、受給資格がない)

(2) 受給放棄する (雇用保険の受給資格はあるが、失業給付の受給を放棄する)

受給放棄の理由: _____

(3) 受給中又は受給予定

(4) 受給延長(中)する(下記3を回答してください)

3. 受給延長の理由について

(1) 妊娠・出産・育児

(2) 病気・ケガ等

(3) 配偶者の海外勤務への帯同

(4) 親族の看護・介護

(5) その他 (具体的な理由: _____)

※なお、受給放棄または受給延長(中)の理由が、妊娠・出産、病気・ケガ等の場合は下記にも回答ください
前加入健保での出産手当金・傷病手当金の受給について

ア. 受給していない

イ. 受給中, 申請中

ウ. 申請予定

エ. 受給終了

つきましては、下記事項について誓約・同意いたします。

- 雇用保険失業給付金や傷病手当金、出産手当金の支給日額(※)が認定の条件を超える場合や認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに被扶養者異動減申請をいたします
- 上記の各項目に偽りがあった場合には扶養増加した日に遡り、扶養認定を取り消されることに異議ありません
- 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

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記号: _____ 番号: _____

被保険者氏名: _____ (印)

※支給日額

① 60歳未満: 3,612円/日以上

② ①の内19歳～22歳: 4,167円/日以上(配偶者は①に該当)

③ 60歳以上・障害年金受給者: 5,000円/日以上

上記①～③の場合は申請できません、受給終了後に被扶養者異動増申請書をご提出ください

※失業給付受給申請中の方で支給日額が上記を上回る額で決定された場合、受給開始日で「被扶養者異動減申請書」と「雇用保険受給資格者証」の表裏のコピーを添えて、お勤め先事業所の社会保険担当者経由でご提出ください