ＤＭＧ森精機健康保険組合 殿

雇用保険失業給付に関する誓約書

1. 雇用保険の失業給付について該当する□に☑をつけてください。

□ ①受給しない（加入期間不足、受給放棄等）

□ ②受給予定

□ ③受給延長（延長予定含む）

2. 上記１の①または③の方は、該当する□に☑を付けてください。（その他は理由を記入）

□ 加入期間不足

□ 妊娠・出産・育児

□ 海外帯同

□ 病気・けが

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

3. 上記１の②または③の方は、受給開始予定をご記入ください。

　　　　　　年　　　月頃受給開始予定

|  |
| --- |
| **上記の通り相違ありません。そして以下の事項を厳守することを誓約いたします。**  １）雇用保険失業給付を受給開始する場合は、直ちに健康保険組合に申し出るとともに、失業給付の基本手当日額 3,611円（60歳以上及び障害厚生年金受給者は5,000円）を超える場合は、直ちに扶養家族から脱退する手続きを行います。  ２）上記に反した場合は、事由が発生した日に遡って資格を取り消され、認定取消日以降に健康保険組合が負担した医療費及び保険給付費を全額健保組合に返還します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者署名（自署）    加入希望者署名（自署） |