雇用保険失業給付等に関する誓約書兼同意書

大阪装粧健康保険組合殿

認 定 対 象 者	氏名：	続柄：
退職した会社	社名：	住所：
退職日・理由	年　　月　　日　1.自己都合 2.会社都合 3.その他(　　)	

雇用保険失業給付について

該当箇所に〇を記入	必要書類（この書類に添付してご提出ください）
① 受給しない	離職票 2(写)、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写)
② 受給期間を延長する	理由:(　　)離職票 1･2(写)、受給期間延長通知書(写)
③ 待機又は給付制限中	雇用保険受給資格者証(両面写)
④ 受給条件に満たない	離職票 2(写)、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写)
⑤ 手続予定・手続済	手続日(　　)離職票 1･2(写)、手続後→雇用保険受給資格者証(両面写)

★①の場合は受給しない理由→（　　）

記

1. 雇用保険失業給付の支給が開始され次第、速やかに扶養削除の届出をいたします。
   ※扶養削除日は受給開始日(受給期間の最初の日)となります。
2. 雇用保険失業給付を受給しているにも関わらず、扶養削除の届出を怠っていることが明らかになった場合には、事実が発生した日(受給開始日)まで遡って扶養認定を取り消されることに異議ありません。その取り消される期間中に受けた医療費は全額を大阪装粧健康保険組合へ返還いたします。
3. 待機期間・給付制限中に就業を開始した場合は、速やかに被扶養者資格削除の手続きを行います。ただし、就業後の収入が扶養基準内の場合は、収入額のわかる証明書を提出します。
4. 大阪装粧健康保険組合より、管轄の公共職業安定所(ハローワーク)へ失業給付の受給状況について照会し回答を求めることに同意いたします。※離職票 1 より下記項目を転記してください。

管轄職業安定所		被保険者番号					－								－	

扶養削除の届出は、事由発生から 5 日以内に行う事が健康保険法で義務づけられています。

◎健康保険の被扶養者申請にあたり上記の通り誓約いたします。

R　　年　　月　　日　　被保険者証　記　号＿＿＿＿　番　号＿＿＿＿

被 保 険 者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認定対象者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主確認欄

R　　年　　月　　日　　事　業　主　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この誓約書兼同意書に記載された個人情報は、本書目的にのみ使用し、他の目的には使用しません。