

雇用保険手当受給に関する誓約書

■ 被扶養者として申請する家族

氏名: _____ 続柄: _____ 退職日: _____

■ 該当の項目に✓をしてください

☐	失業給付の手続きを行いません。 (雇用保険に未加入、加入期間不足、就労する意思がない等)
☐	失業給付を申請し受給の際、日額が基準額以上の場合には、受給開始日をもって被扶養者から削除する旨の届出を速やかに提出いたします。
☐	失業給付の受給を延長しますが、受給の際は日額が基準額以上の場合には、受給開始日をもって被扶養者から削除する旨の届出を速やかに提出いたします。

万が一、届出を怠っていたり、事実と異なる内容で届出を行っていたことが判明した場合には、速やかに必要な手続きを行います。

また、被扶養者認定が遡及して取り消された場合には、当該期間に発生した医療費およびその他の給付金全額を返還し、異議を申し立てないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

記号 番号 被保険者氏名(自署) _____

注意事項

- 届出内容に虚偽があったことが判明した場合は、被扶養者認定を事由発生日まで遡って取り消しをいたします。
- 手当日額の基準額とは下記の通りです。
60歳未満: 日額 3,612円、60歳以上及び障害厚生年金の受給要件に該当する者: 5,000円 (いずれもこの額以上は削除対象)
- 受給開始日とは、手当が振り込まれた日ではありません。受給資格者証の(第3面)にて確認してください。
- 被扶養者として申請する家族が65歳以上の場合は、本誓約書の提出対象外です。
- 必要により、個人番号にてハローワークへ雇用保険手当の受給状況を照会することがあります。
- 失業給付の受給が開始された場合、速やかに各事業所(勤務先)の担当部門を通して、扶養削除の手続きを行ってください。