

雇用保険失業給付受給権放棄に伴う誓約書

被 保 険 者 証	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名			所属部署	
申 請 する 被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				M・T S・H 年 月 日

《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、雇用保険失業給付を受給しないことを誓約いたします。

- ① 上記誓約に不正のない証として離職票1・2の写しをアイフル健康保険組合に預けることを同意致します。
- ② 受給期間終了(離職の日から1年経過)により無効となった離職票1・2の写しをアイフル健康保険組合が処分することについて同意致します。

平成 年 月 日

〒 ー

被保険者 住 所.....

氏 名.....

印

電話番号.....

※添付書類
1.「離職票-1・2」の写し