

雇用保険失業等給付受給権放棄誓約書

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
				昭和 平成 年 月 日

《 誓 約 内 容 》

健康保険の被扶養者申請にあたり、雇用保険失業等給付を受給しないことを誓約いたします。

また、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に同意致します。

年 月 日

〒

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