

## 雇用保険失業等給付受給権放棄誓約書

被 保 険 者 証	記号	1	被保険者 氏 名	山田 一郎
	番号	123456		
事 業 所 名	アイフル(株)		所属部署	人事部
申 請 する 被 扶 養 者	氏 名	山田 恵子	続 柄	妻
				生 年 月 日 昭和 平成 40年 5月 20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。

令和\*\*年\*\*月\*\*日

〒\*\*\*-\*\*\*

被保険者 住 所 京都市下京区烏丸五条上ルアイフルマンション601号室

氏 名 山田 一郎

電話番号 090-1234-5678

※添付書類

1.離職票-1・2の写し