

## 誓約書③（雇用保険失業給付）

申請対象者：\_\_\_\_\_（続柄：\_\_\_\_\_）の扶養申請にあたり、雇用保険（失業給付）については以下の通りとします。（下記1～3いずれかに○）

また、貴組合から管轄ハローワーク等へ雇用保険失業給付の受給状況を確認すること・管轄ハローワーク等が貴組合へ回答をすることについて同意します。

### 1. 受給する

雇用保険失業給付の受給をする予定ですが、未だ受給を開始していません。

後日「雇用保険受給資格者証（※）の写し・両面」を貴健康保険組合へ提出します。

また、受給を開始しましたら、その日額が3,612円以上の場合、受給開始日付で扶養から抜く手続きを行います。

（※）ハローワークで求職手続後、初回説明会で発行されます。発行され次第提出してください

### 2. 受給しない

雇用保険失業給付の受給をしません。後日以下のいずれかの書類を貴健康保険組合へ提出します。

- ・ハローワークで『雇用保険第4条第3項不該当（※）』の印が押された「離職票1・2の写し」  
（※）労働の意思が無く失業の定義にも該当しないので、失業給付はもらいませんという証明になります
- ・離職票の交付が無い場合は「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し」

### 3. 受給期間の延長をする

雇用保険失業給付の受給期間延長手続きを行います。後日、「受給期間延長通知書の写し」を貴健康保険組合へ提出します。

延長する理由は\_\_\_\_\_です。

受給は 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月頃を予定しています。

受給を開始しましたら、その日額が3,612円以上の場合、受給開始日付で扶養から抜く手続きを行います。

令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

被保険者氏名（自署）：\_\_\_\_\_

住 所 〒\_\_\_\_\_

電話番号  
\_\_\_\_\_

渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿

## 誓約書③（雇用保険失業給付）

## 記入例

申請対象者： 健保 花子（続柄： 妻）の扶養申請にあたり、雇用保険（失業給付）については以下の通りとします。（下記1～3いずれかに○）

また、貴組合から **今回申請をしようとしている家族の名前、続柄を記入してください**、管轄ハローワーク等が貴組合へ回答をすることについて同意します。

### 1. 受給する

雇用保険失業給付の受給をする予定ですが、未だ受給を開始していません。  
後日「雇用保険受給資格者証の写し・両面（※）」を貴健康保険組合へ提出します。  
また、受給を開始しましたら、その日額が3,612円以上の場合、受給開始日付で扶養から抜く手続きを行います。  
（※）ハローワークで求職手続後、初回説明会で発行されます。発行され次第提出してください

### 2. 受給しない

雇用保険失業給付の受給をしません。後日以下のいずれかの書類を貴健康保険組合へ提出します。  
・ハローワークで『雇用保険第4条第3項不該当（※）』の印が押された「離職票1・2の写し」  
（※）労働の意思が無く失業の定義にも該当しないので、失業給付はもらいませんという証明になります  
・離職票の交付が無い場合は「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し」

### 3. 受給期間の延長をする

**出産、育児、病気等 延長する理由を記入してください**

雇用保険失業給付の受給期間延長手続きを行います。後日、「受給期間延長通知書の写し」を貴健康保険組合へ提出します。

延長する理由は R2.10月に出産予定のため

受給は 令和 3 年 10 月頃を予定しています。

**まだ確定していなくても、必ず現状の予定を記入してください**

受給を開始しましたら、その日額が3,612円以上の場合、受給開始日付で扶養から抜く手続きを行います。

令和 2 年 6 月 15 日

「被保険者」は当組合に加入している本人（社員）のことで

被保険者氏名（自署）： 健保 太郎

住 所 〒 000 - 0000

東京都中央区築地5-6-10

電話番号 03-9999-9999

渡辺パイプ健康保険組合 理事長 殿