

雇用保険給付の受給に係る誓約書

私の_____（続柄）である_____（対象者氏名）が、

雇用保険法による失業等給付を受給することにより、扶養認定限度額以上の収入を得ることとなった場合には、直ちに被扶養者の取消申告をいたします。

なお、被扶養者の取消申告を行わなかった場合は、失業等給付の受給開始年月日に遡及して取り消されても、異議はありません。

上記のとおり誓約いたします。

令和_____年_____月_____日

千葉県市町村職員共済組合理事長 様

所 属 所 名 _____

枝番

組合員等記号番号 _____ (00)

氏 名 _____

(注) この誓約書は、失業等給付を受給する可能性のある者について、認定申告をする際に被扶養者申告書に添付すること。