

# 雇用保険不受給誓約書

平成 年 月 日

NDS健康保険組合理事長殿

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

被保険者証の記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

私は、平成 年 月 日付で \_\_\_\_\_ に関する被扶養者  
(異動) 届を提出いたしました。本人は雇用保険の受給資格がありますが、  
下記理由により受給手続きはいたしません。

また、雇用保険の受給手続きを行う場合は、事前に組合にお届けし、組  
合の指示に従います。

若し、本人が組合に届けず、雇用保険を受給していることを私が知った  
ときは、私が責任もって組合に直ちにお知らせし、組合の指示に従います。

なお、万一私はその手続きを行わず、組合に損害を与えた場合には、私  
が本人と連帯してその損失を弁済することを誓約いたします。

以 上

不受給理由

---

---

---

---

---