

雇用保険基本手当（失業給付）を受給しない旨の同意書

私は、対象者が被扶養者の認定期間中、雇用保険基本手当（失業給付）を受けないこと
および下記について同意いたします。

記

1. ハローワークに求職の申し込みをし、雇用保険基本手当（失業給付）の受給を
申請したときは、すみやかに被扶養者の削除の手続きを行います。
2. 上記 1. に該当したにもかかわらず削除の手続きを怠り、医療機関等を利用し
たときは、貴組合が支払ったその医療費の全額を返納します。

以上

令和 年 月 日

記号 番号

対象者氏名

対象者離職日 令和 年 月 日

被保険者氏名