

朝信健康保険組合 理事長 殿

失業給付受給に関する誓約(同意)書

私は、_____年 _____月 _____日付で(会社名)_____を
退職いたしました。

雇用保険の失業給付について、傷病手当金の受給中は失業給付の受給をしないことを下
記のとおり誓約・同意いたします。

記

1. 雇用保険の失業給付の受給申請を開始（予定）する場合には、遅滞なく貴組合にその旨
報告いたします。
2. 失業給付受給申請しているにも関わらず、傷病手当金を受給していた事実が明らかにな
った場合には、失業給付受給申請の日に遡って傷病手当金の支給決定を取り消されても
異議ありません。
その場合、取り消されるまでの期間中に受けた傷病手当金は貴組合へ返還いたします。
3. 雇用保険離職票（資格喪失確認通知書）写・延長通知書写（受給延長しない場合は、そ
の理由書）もあわせて提出します。
貴組合より管轄ハローワークへ雇用保険受給状況を確認することに異議ありません。
4. 傷病手当金を受給するにあたり、療養を担当した医師に傷病の症状・経過等について確
認することに異議ありません。

以上

年	月	日
住所		
被保険者		
氏名		Ⓜ

■参考

<失業給付について>

傷病手当金の受給中は失業給付を受けることができません。

雇用保険の受給期間は、原則として、離職した日の翌日から1年間ですが、その間に病気、ケガ等の理由により引き続き30日以上働くことができなくなったときは、その働くことのできなくなった日数だけ受給期間を延長することができます。(最長3年間)

この措置を受けようとする場合には、上記の理由により引き続き30日以上職業につくことができなくなった翌日から起算して1ヵ月以内に住所または居所を管轄するハローワークに届け出なければなりません。(代理人または郵送でも可)

■提出書類

下記の書類を速やかに提出してください。

- ① 「失業給付受給に関する誓約(同意)書」
- ② 「雇用保険離職票(資格喪失確認通知書)」(写)
- ③ 「雇用保険受給期間延長通知書」(写)
※受給期間の延長を行わなかった場合は、その理由書を添付してください。
- ④ 「傷病手当金を申請できなかった理由」