

雇用保険失業給付を受給しない誓約書

リクルート健康保険組合殿

年 月 日

記号一番号 一

氏 名 ⑩

この度、傷病手当金を請求するにあたり、雇用保険の失業給付を受給

しないことから、本誓約書に加えて以下の書類を提出します。

[失業給付を受給しない場合] 離職票 又は
雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の写し

[受給期間を延長する場合] 受給期間延長通知書の写し

また今後、失業給付の受給を行う場合、リクルート健康保険組合に報告
することを誓約いたします。

以 上