

誓 約 書

今回の雇用保険失業等給付受給に関する調査につきまして、下記内容に虚偽がないことを申告いたします。

申告が事実と相違している場合は速やかに報告いたします。

<申告事項>

平成 年 月 日退職により被扶養者認定を受けましたが、前職において雇用保険未加入・短期間労働者 であったため、雇用保険受給資格がないことを申告いたします。

平成 年 月 日

MBK連合健康保険組合 殿

被保険者 記号・番号 ー

被保険者氏名 ⑩

被扶養者氏名 ⑩

事業所の所在地及び名称 ⑩

事業主の氏名