

# 誓約書

平成 年 月 日 } ① 日付を記入してください。

山梨県市町村職員共済組合理事長 殿

所 属 所 名  
組合員証記号番号  
組 合 員 氏 名  
被 扶 養 者 氏 名

④

} ② 所属所名(市町村名・一部事務組合名)・組合員証記号番号・組合員氏名及び被扶養者氏名を記入のうえ押印してください。

雇用保険受給に必要であり、基本手当日額が3,611円以下であれば雇用保険受給資格者証の写、3,612円以上であれば雇用保険受給資格者証の写及び被扶養者申告書(取消申告)を速やかに提出することを誓約します。

雇用保険受給期間延長手続きに必要であり、手続きが終了次第、速やかに提出することを誓約します。

} ③ どちらか当てはまるほうに○をつけてください。

上記理由により、  
 雇用保険被保険者離職票1・2  
 受給期間延長通知書  
 雇用保険受給資格者証

を返還してください。

} ④ 必要な書類に○をつけてください。

上記の通り相違ないことを証明します。

所属所長

④

} ⑤ 所属所長(市町村長・一部事務組合管理者)の氏名を記入し押印してください。