

# 確 約 書

( 京都府市町村職員共済組合 )  
( 被扶養者申告専用 )

私は、現在雇用保険等の失業給付（健康保険法または共済組合各法による傷病手当金等の休業給付）を受給していませんが、当該給付金を受給し、その金額が被扶養者の認定基準額を超える場合は、すみやかに取消申告をします。

令和 年 月 日

京都府市町村職員共済組合理事長様

( 記号 番号 )  
組合員氏名

被扶養者申告者氏名

(注)

- 添付書類  
雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知の写、雇用保険被保険者離職票の写、又は退職証明書  
(受給期間延長通知書の交付を受けている場合はその写)
- 雇用保険金の金額  
基本手当日額×360日で算定します。
- 傷病手当金の金額  
基本手当日額×360日（健康保険法による傷病手当金等の休業給付）  
基本手当日額×264日（共済組合各法による傷病手当金等の休業給付）  
で算定します。