

雇用保険受給期間延長に伴う誓約書

被 保 険 者 証	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名			所属部署	
申 請 する者 被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				M・T S・H 年 月 日
被 扶 養 者 として 申 請 する 期 間 (1年以内の期間を記入)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで			
受 給 期 間 延 長 の 理 由 (該当番号に)	1.妊娠・出産・育児(3歳未満) 2.本人の病気・けが 3.親族等の看護 4.配偶者の海外勤務に同行 5.その他、職業安定所が認めたもの			

誓 約 内 容

健康保険の申請にあたり、
下記の記載事項に相違ないことを誓約いたします。

- 「雇用保険の受給期間延長を中止し、公共職業安定所に求職の申込をしたとき」又は「就職したとき」には、速やかに被扶養者の“減”の手続きを行います。
- 上記1.に該当したにもかかわらず“減”の手続きを怠り、その被扶養者が健康保険被保険者証を使用したときは、その医療費の全額を返納いたします。
- 被扶養者として申請する期間の終了時に必ず扶養家族の再認定手続きを行います。その時点で再延長を申請する場合は、再度この誓約書のみを提出いたします。

平成 年 月 日

〒 -

被保険者 住 所.....

氏 名..... 印.....

電話番号.....

誓約書の為、必ず印鑑を押して下さい。

添付書類

- 「離職票 - 1・2」の写し
- 「受給期間延長通知書」の写し(申請手続き後に、必ず提出して下さい。)

所在地	〒
事業所 名称	
事業主氏名	印

【収集する個人情報について】

本誓約書に記入された個人情報は、本誓約書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。