

雇用保険失業給付受給に伴う誓約書

被 保 険 者 証	記号		被保険者 氏 名	
	番号			
事 業 所 名				
申 請 する者 被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			年	月 日

《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、下記の3項目について誓約いたします。

- 1.雇用保険失業給付の受給を開始したときは、受給開始日より被扶養者“減”の手続きを行います。
- 2.就職したときは、被扶養者“減”の手続きを行います。
- 3.上記1及び2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。

令和 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

- 1.「離職票－1・2」の写し
- 2.「雇用保険受給資格者証」の写し(申請手続き後に、必ず提出)
- 3.失業給付を受給延長する方は2、「雇用保険受給資格者証」の写しではなく、「雇用保険受給期間延長通知書」の写し(申請手続き後に、必ず提出)

健 保 使 用 欄	整理番号	_____
	被扶養者認定日	_____