

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			所属部署	
申 請 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				M・T S・H 年 月 日

《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、雇用保険失業給付の待期期間中と受給停止期間のみ申請すること、下記の2項目についてを誓約いたします。

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

年 月 日

〒

被保険者 住 所

氏 名

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、必ず提出して下さい。)

所在地	〒
事 業 所 名 称	
事 業 主 氏 名	印

受付日付印

【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。