

雇用保険に伴う誓約書 2

今回、下記の被扶養者につきましては、**雇用保険の給付制限期間**に当たり雇用保険が受給できないため認定されることになりました。受給を開始しました時は、速やかに「健康保険被扶養者（異動）届」に保険証、受給資格者証（全面）の写しを添付して、扶養から除く手続きをとることを誓約いたします。

なお、手続きが遅れた時は、遡って資格を喪失させても異存はありません。

また、資格を喪失しているのにも関わらず、被扶養者として保険証を使用し医療費の返還を請求された場合、全額責任をもって貴組合へ返還することを誓約いたします。

記

被保険者の記号 ・ 番号	記 号	番 号
被 保 険 者 氏 名		
被 扶 養 者 氏 名		
雇用保険受給開始予定年月日	西 暦	年 月 日

《添付書類》

受給資格者証（全面）の写し（給付制限期間記載済み）

申請中のため、後日受給資格者証（全面）の写し（給付制限期間記載済み）を提出

提出予定日	西 暦	年	月	日
-------	-----	---	---	---

※ これからハローワークで手続きされる方は
「雇用保険受給開始予定年月日」は空欄
「提出予定日」はハローワークへ申請に行かれる日を記載

カシオ健康保険組合殿

西 暦 年 月 日

被保険者氏名

印

住所