

雇用保険に伴う誓約書 3

今回、下記の被扶養者につきましては、**雇用保険の受給期間延長**の申請をし、現在は受給しないため認定されることになりました。受給する手続きを開始した時は、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

《延長理由》

- 出産 （予定日：西暦 年 月 日） ※母子手帳のコピーを添付
 病気 （病名： ） ※診断書を添付
 その他 （ ） ⇒延長通知書のコピーを添付

《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