

雇用保険失業給付受給延長に伴う誓約書

健康保険の被扶養者申請にあたり、雇用保険失業給付延長期間が終了または中止し、受給を開始したときには下記のとおり手続きすることを誓約します。

記

1. 延長期間が終了して受給を開始したとき、または、延長を中止して受給を開始したときは、必ず健保組合に連絡をします。
2. 延長期間を中止して就職したときには、速やかに被扶養者資格の削除をします。
ただし、就業後の収入が扶養基準内の場合は、収入額のわかる証明書を提出します。
3. 上記1. 2に該当したにもかかわらず、手続きを怠り、健康保険被保険者証を使用して診療を受けた場合は、医療費を全額返還します。また、受給開始日まで遡って扶養者資格の削除を行うことを了承します。
4. 延長期間の間は、定期的に再認定調査を行うことを了承します。

以上

		平成	年	月	日			
被保険者記号	番号	_____						
被保険者氏名	⑨	_____						
申請する被扶養者名 _____								
受給権延長の理由（該当番号に○）								
1. 妊娠・出産・育児	4. 配偶者の海外勤務に同行							
2. 本人の病気・怪我	5. その他、職業安定所が認めたもの							
3. 親族等の介護								
受給期間延長の期間	平成	年	月	日	～ 平成	年	月	日まで

- 添付書類：1. 「離職票 1. 2」コピー
2. 「受給期間延長通知書」コピー（公共職安にて延長手続き後、速やかに提出してください。）

[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。