

## 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 被 扶 養 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	
			M・T S・H	年 月 日
退 職 日	平成 年 月 日			
受給権放棄、延長 の理由				

### 《 誓 約 内 容 》

健康保険の扶養申請にあたり、雇用保険失業給付を受給しないこと  
および下記の3項目について誓約いたします。

1. 公共職業安定所に「求職の申込」をし「雇用保険失業給付の受給」を申請したときは、求職申込日まで遡って被扶養者の“減”の手続きを行います。
2. 健康保険組合が公共職業安定所に雇用保険失業給付の受給について確認を行うことに同意いたします。
3. 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。

平成 年 月 日

〒

被保険者

住 所

氏 名

印

電話番号

※誓約書の為、必ず押印してください。