

雇用保険受給期間延長に伴う被扶養者申請誓約書

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 する 被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				M・T S・H 年 月 日
被 扶 養 者 として 申 請 する 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで			
受 給 期 間 延 長 の 理 由 (該当番号に○)	1. 妊娠・出産・育児（3歳未満） 4. 配偶者の海外勤務に同行 2. 本人の病気・けが 5. その他、職業安定所が認めたもの 3. 親族等の看護			
<h3>《 誓 約 内 容 》</h3>				
1.「雇用保険の受給期間延長を中止し、公共職業安定所に求職の申込をしたとき」又は 「就職したとき」には、速やかに被扶養者の減員手続きを行います。				
2.上記1.に該当したにもかかわらず減員手続きを怠り、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。				
上記の記載事項に相違ないことを誓約し、申請いたします。				
平成 年 月 日				
被保険者 住 所	〒 _____			
氏 名	_____ (印)			
電話番号	_____			

※添付書類

1.「離職票－1・2」の写し

2.「受給期間延長通知書」の原本

(申請手続き後に、必ず提出して下さい。受給時等にご連絡いただければ返還致します。)

[注]被扶養者として申請する期間の終了時に確認(扶養家族の再認定手続きについて)をいたします。

その時点で再延長を申請する場合は、再度この誓約書のみを提出していただきます。