

雇用保険受給期間延長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 者 被 扶 養 者	氏 名		続 柄	生 年 月 日
				昭和 平成 年 月 日
被 扶 養 者 と し て 申 請 す る 期 間	年 月 日 ~ 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） 2. 本人の病気・けが 3. 親族等の看護 4. 配偶者の海外勤務に同行 5. その他、職業安定所が認めたもの			
《 誓 約 内 容 》				
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。				
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」の写し

[注]被扶養者として申請する期間の終了時に現況の確認をいたします。

その時点で再延長を申請する場合は、再度この誓約書を提出していただきます。