

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 する者 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 style="margin: 0;">《 誓 約 内 容 》</h3> <p style="margin: 5px 0;">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。</p> <p style="margin: 5px 0;">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。</p> <p style="margin: 10px 0 5px 40px;">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。</p> <p style="margin: 5px 0 5px 60px;">平成 年 月 日</p> <p style="margin: 5px 0;">被保険者 住 所 _____</p> <p style="margin: 5px 0;">氏 名 _____ 印</p> <p style="margin: 5px 0;">電話番号 _____</p> | | | | |

※添付書類

1. 「離職票ー1・2」の原本 …… 受給時や退職時にご連絡いただければ返還いたします。
 2. 「受給期間延長通知書」の写し(申請手続き後に、必ず提出して下さい。)
- [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。