

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	1	被保険者 氏 名	山田 一郎	
	番号	123456			
事 業 所 名	アイフル(株)		所属部署	人事部	
申 請 する 被 扶 養 者	氏 名	山田 恵子	続 柄	妻	生 年 月 日
					M・T S H 40年 5月 20日
被 扶 養 者 として 申 請 する 期 間	平成 11年 9月 1日 ~ 平成 12年 2月 28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				
<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 11年 9月 10日					
〒351-0101					
被保険者	住 所	埼玉県和光市白子1-2-3			
	氏 名	山田 一郎 印			
	電話番号	048-1234-5678			

※添付書類

- 「離職票-1・2」の写し
 - 「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。