

雇用保険失業給付受給延長に伴う誓約書

被保険者等	記号			被保険者 氏 名	
	番号				
被扶養者として 申請する対象者	続柄		氏名		
被扶養者として 申請する期間 (最大1年間)*注	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
受給期間延長の 理由 (該当理由に○)	1. 妊娠・出産・育児 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、ハローワークが認めたもの ()				

*注 失業給付の受給期間に加えること(延長)ができる期間は最大3年となっておりますが、当健保組合では、1年ごとに延長かどうかの確認を行っているため、この誓約書に記載できる期間は最大1年間としております。

上記対象者の被扶養者申請にあたり、下記の内容を確認し、誓約いたします。

1. ハローワークでの受給延長の手続きを速やかに行い、「受給期間延長通知書」を入手次第、健康保険組合へ提出いたします。
2. 雇用保険失業給付の受給延長を中止し、雇用保険失業給付の受給を開始したときは、受給開始日より被扶養者の削除の手続きを行います。
3. 上記2.に該当したにもかかわらず、削除の手続きを怠った場合、被扶養者の資格がない期間の医療費、保険給付金、健診費用等を全額返還いたします。
4. 被扶養者として申請する期間の終了時に健康保険組合にて再審査を行います。再延長する場合は、この誓約書を提出いたします。受給権を放棄する等の場合は、速やかに健康保険組合に申し出るとともに、必要な手続きを行います。

令和 年 月 日

(被保険者氏名)

印

※対象者の署名ではなく、被保険者の署名です。
 ※誓約書のため、必ず捺印してください。
 ※日付・署名・捺印がない場合は受理いたしません。

事業主(会社)記入欄	
事業所	所在地 名称
事業主氏名	印