

# 雇用保険の受給に係る 誓約書

保険証の記号	保険証の番号	被保険者氏名	被扶養者としての方の氏名	続柄

上記、認定対象者の雇用保険の受給に該当する項目に  を入れて、被保険者、認定対象者とも署名し押印してください。

## (雇用保険を受給しない場合)

私は、今回の扶養申請にあたり、雇用保険を受給しないことをお約束します。

雇用保険を受給することになった場合、速やかに健康保険組合に連絡いたします。

万が一、健康保険組合に連絡することなく、雇用保険を受給した場合は、

被扶養者の資格を、扶養認定日にさかのぼって、取り消しとなることに同意します。

認定対象者署名(自筆)

印

## (雇用保険を受給延長する場合)

私は、今回の扶養申請にあたり、雇用保険について  出産  病気  海外同行 を理由に

雇用保険について受給期間を延長します。

雇用保険を受給することになった場合、速やかに健康保険組合に連絡いたします。

万が一、健康保険組合に連絡することなく、雇用保険を受給した場合は、

被扶養者の資格を、雇用保険を受給した時点にさかのぼって、取り消しとなることに同意します。

認定対象者署名(自筆)

印

近畿日本ツーリスト健康保険組合 理事長 殿

上記、誓約書のとおり、相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者署名

印