

雇用保険失業給付 受給権放棄に伴う誓約書

被保険者 (本人)	フリガナ		所属部署		保険証の 記号-番号
	氏名		支 店	—	
			部・課		
申請する 被扶養者	フリガナ		続柄	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
受給権放棄の理由					
<h3 style="margin: 0;">誓約内容</h3> <p style="margin: 10px 0;">私は、健康保険の被扶養者申請にあたり、当該被扶養者が雇用保険失業給付を受給しないことおよび下記の2項目についてを誓約いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li style="margin-bottom: 10px;">1. ハローワークに「求職の申込」をし「雇用保険失業給付の受給」を申請したときは、求職申込日まで遡って被扶養者の『減』の手続きを行います。 2. 上記1.に該当したにもかかわらず『減』の手続きを怠り、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 style="text-align: right; margin-top: 20px;">令和 年 月 日</p> <p>コーセー健康保険組合 理事長殿</p> <p style="margin-top: 20px;">被保険者 住 所 〒 —</p> <p style="margin-left: 100px;">_____</p> <p style="margin-left: 100px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">氏名(自署)</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">電話番号 — —</p> <p style="margin-left: 100px;">_____</p>					

【添付書類】 離職票1・2の写し