

雇用保険失業給付 受給に伴う誓約書

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	

誓約内容

私は、健康保険の被扶養者申請にあたり、当該被扶養者の雇用保険失業給付の待期期間中および受給停止期間のみ申請すること、下記の2項目についてを誓約いたします。

1. 雇用保険失業給付の受給が開始したときは、受給開始日より被扶養者の『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。

令和 年 月 日

コーセー健康保険組合 理事長殿

被保険者 住 所 〒 —

氏名(自署)

電話番号 — —

- 【添付書類】 ①離職票1・2の写し
 ②雇用保険受給資格者証の両面写し (申請手続き後に必ず提出してください)