

年 月 日

りそな健康保険組合
理事長 殿

雇用保険受給に伴う誓約書

被保険者証の 記号・番号	—	被保険者氏名	
事業所の名称	部・支店 TEL () - () - ()		
申請対象者	氏名	続柄	生年月日
			年 月 日生
<p>健康保険の被扶養者承認申請にあたり、下記事項を誓約いたします。</p> <p>① 雇用保険（失業等給付）の待期期間および給付制限期間についてのみ申請し、受給が開始したときは、受給開始日を以って被扶養者から削除いたします。</p> <p>② 受給が開始したにもかかわらず削除手続を怠り、その被扶養者が保険証を使用したときは、貴組合が負担した医療費全額を返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名（自署） 印</p> <p style="text-align: right;">※必ず自署、押印してください。</p>			
『雇用保険受給資格者証』（写） について <small>〔 1, 2いずれかを○で囲んでください 〕</small>	1. 本誓約書に添付 2. 本誓約書に未添付 ⇒ 提出予定日： 年 月 日		

【注意事項】

- 本誓約書提出時に『雇用保険受給資格者証』に「待期期間」等が印字されていない場合（『雇用保険受給資格者証』の交付を受けていない場合を含む）は、印字された後に写しを提出してください。
- 『雇用保険受給資格者証』（写）は全頁提出してください。
- 受給開始後、削除手続が遅れた場合でも受給開始日に遡って削除しますのでご注意ください。