

誓約書

今回、下記の被扶養者につきましては、**雇用保険の受給期間延長**の申請をし現在は受給しないため認定されることになりました。受給する手続きを開始した時は、速やかに「健康保険被扶養者届(異動届)」にて、扶養から除く手続きをとることを誓約いたします。

なお、万一その手続きが遅れた時は、遡って資格を喪失させても異存はありません。

また、資格を喪失しているのにも関わらず、被扶養者として保険証を使用し医療費の返還を請求された場合、全額、責任をもって貴組合へ返還することを誓約いたします。

記

1. 被保険者の記号・番号 _____
2. 被保険者氏名 _____
3. 被扶養者氏名 _____
4. **雇用保険受給申請予定年月** _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本旅行健康保険組合 殿

年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名 _____ 印 _____
現住所 _____
所属箇所 _____