雇用保険の受給に係る
誓　約　書

保険証等の記号	保険証等の番号	被保険者氏名	被扶養者としたい方の氏名	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　　㊞