

誓約書

今回、下記の被扶養者につきましては、**雇用保険の受給制限期間**に当たり雇用保険が受給できないため認定されることになりました。受給を開始しました時は、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、遑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. **雇用保険受給開始予定年月** _____ 年 _____ 月 _____ 日

日本旅行健康保険組合 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名 _____ 印

現住所 _____

所属箇所 _____