〔別添3－4〕

（雇用保険給付制限期間ver.）

念　　書

私＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 下記事業所を退職したことに伴い、雇用保険給付の受給対象者となりましたが、待期期間ならびに給付制限期間中のため、その期間について被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の被扶養者として認定していただきたく申請いたします。

なお、給付制限期間が終了した場合等、扶養限度額以上の収入を得る事象が生じた場合は、速やかに扶養削除の手続きを取り資格確認書をお返しいたします。

また、万一手続きが遅れた場合は遡って扶養削除されても異存は無く、扶養削除後に受診した医療費等については必ず返納し、貴組合には一切ご迷惑をおかけしないことをお約束いたします。

記

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 上記内容を確認し、申し立て内容に相違はありません。

（↑ 上記内容の確認後、申請される方はこの欄に必ずチェックをしてください。）

令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

申立者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申立者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

神奈川県電設健康保険組合理事長　殿

○健保組合使用欄○　　（　記号　　　番号　　　）

給付制限期間終了確認欄	令和　　年　　月　　日	担当者	

※ この念書に給付制限期間が確認できる「雇用保険受給資格者証」の写しを添付してください。