

(雇用保険給付受給期間延長申出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、受給期間延長の申し出を行っており、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、雇用保険の受給を受ける等により、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)			
最大延長期間確認欄	令和	年	月 日から
	令和	年	月 日まで
	担当者		

※ この念書に雇用保険の受給期間延長が確認できる書類の写しを添付してください。