

サッポロビール健康保険組合 理事長殿

雇用保険受給延長に関する誓約書

被保険者氏名

被扶養者名

私（ ）が扶養申請いたします（ ）は、
雇用保険の受給延長を致しました。

雇用保険の受給を開始した際には、貴組合へ申し出、被扶養者異動（減）の届出を提出いたします。

なお、雇用保険受給開始後、その届出を怠った場合は、受給期間中に発生した医療費を速やかに返還することをお約束いたします。

平成 年 月 日

保険証記号番号 —

被保険者氏名 印