

平成 年 月 日

P & G グループ健康保険組合 御中

誓約書

妻・*****は現在加療中です。

雇用保険の手続きにつきましては、受給期間延長を申請する
予定です。

受給期間延長後解除して受給を開始した場合には速やかにその旨を
届出ると共に、健康保険扶養家族抹消手続きをすることを誓約いた
します。

なお、この誓約に従わず保険給付を受けた場合には、遡って資格を
喪失し保険給付費の全額を返還することを併せて申し添えます。

平成 18 年 月 日

住 所 :

氏 名 :

印

この 2 行については省
略できません、文末に
必ずご記載ください。

上記申請につきまして、上記内容を本人より確認いたしました。

事業所所在地 :

事業所名称 :

代表者名 :