

豊田通商健康保険組合理事長 殿

誓 約 書【A】

私の被扶養者として認定を申請している (続柄) _____ である

(氏名) _____ は、雇用保険の失業等給付を受給致しませんので、被扶養者として認定して下さいようお願い申し上げます。

被扶養者として認定された後、雇用保険の失業給付等を受給する必要が生じ、その基本手当日額が 3,612 円以上（60 歳以上の方は 5,000 円以上）の場合は、私と被扶養申請者の責任において、必ず貴健保組合に被扶養資格喪失の届を提出することをお約束します。

また、万一、雇用保険の失業等給付等の受給手続きをしたことをお届けせずに、被扶養者資格を継続し、その結果、貴健保組合にご迷惑をおかけした場合には、私と被扶養申請者が連帯して弁済することをお約束致します。

令和 年 月 日

被保険者証の記号 _____ 番号 _____

被保険者氏名



被保険者住所