

豊田通商健康保険組合理事長 殿

誓 約 書【B】

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、雇用保険の失業給付を受給致しますので、待機期間
および給付制限期間終了まで、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、給付制限期間が終了して失業給付の受給が開
始した際に、その基本手当て日額が 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、雇用保険の失業給付の受給を開始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