

豊田通商健康保険組合理事長 殿

誓 約 書【C】

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、 _____ のため雇用保険の
失業等給付を受給延長致しますので、受給するまでは被扶養者として認定して
下さる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