

令和 年 月 日

トヨタ自動車東日本健康保険組合 宛て

職 場 部 課 係
内 線 ()

保険証記号・番号 _____

氏 名 _____

誓 約 書

続柄 氏名

この度、私の被扶養者として認定されました() の
雇用保険失業給付に関し、下記の事項を厳守する事を約束します。

記

- 1.ハローワークで失業給付の手続きを行った場合、すみやかに基本手当日額のわかるもの（雇用保険受給資格者証の写し）を健康保険組合に提出します。
- 2.受給延長の手続きを行ったときは、雇用保険受給延長通知書の写しを提出します。
- 3.基本手当日額が3,611円(60才以上の場合4,999円)を超えた場合は扶養から削除し、失業保険受給終了後、再度扶養加入手続きを行います。
- 4.手続きを取りやめた場合は、雇用保険被保険者離職票の本紙を提出します。

上記1・2・3・4を行わなかった場合、認定取り消しになっても異議はありません。
その場合、その間の医療費（健康保険組合負担分）は返金いたします。

以上