

# 誓約書

今回、下記の被扶養者につきましては、雇用保険の受給期間中は認定されないことを了解し、**雇用保険を受給しない**ことを誓約いたします。

また、万一誓約に反し雇用保険の受給を受けたときは、遡ってその被扶養者資格を喪失されても異存はありません。喪失にも関わらず被扶養者として保険証を使用したことにより貴組合より医療費の返還を請求された場合、全額責任をもって貴組合へ返還することを誓約いたします。

## 記

1. 被保険者の記号・番号 \_\_\_\_\_
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 被扶養者氏名 \_\_\_\_\_

日本旅行健康保険組合 殿

年 月 日

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
現住所 \_\_\_\_\_  
所属箇所 \_\_\_\_\_