

フタバ産業健康保険組合

理事長 殿

# 念 書

私は、フタバ産業健康保険組合の被扶養者になるにあたり、下記の事項を確認し誓約します。

## 記

1. 扶養認定時点において、雇用保険の失業給付を受給しないことを意思表示します。  
ただし、今後雇用保険の失業給付を受給することに変更する場合は、必ずフタバ産業健康保険組合に速やかに連絡します。
2. 上記1を守れなかった場合には、扶養認定日までさかのぼり、扶養認定の取消し及び、認定期間中にかかった医療機関からの医療費の請求に応じます。

以 上

令和 年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

被扶養者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

《連絡先》 フタバ産業健康保険組合

住 所：〒444-0101 愛知県額田郡幸田町大字長嶺字柳沢1番1

電 話：0564-62-9558