雇用保険失業等給付に関する確認書

記　号	番　号	被保険者氏名	事業所名

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記の内容に相違ないことを確認いたします。

該当の□に✓を入れてください。
雇用保険失業等給付を

□ **受給する** ⇒　申請（予定）日（　　年　　月頃）

□ **受給延長** ⇒延長の理由

※延長手続きが終了した時点で受給期間延長申請書を提出してください。

- □妊娠・出産・育児
- □本人の病気・けが等
- □配偶者の海外赴任に帯同
- □その他（理由：　　）

□ **受給放棄する**（理由：　　）

□ **受給資格がない**（加入期間不足等）

大阪読売健康保険組合　理事長　殿

１．雇用保険失業等給付の受給を開始する場合は、直ちに健康保険組合に申し出るとともに、基本手当日額が 3,612 円以上（60 歳以上または障害年金受給者は 5,000 円以上）の場合は、速やかに扶養から外す手続きを行います。

２．上記 1.に該当しているにも関わらず扶養から外す手続きを行わなかった（もしくは遅れた）場合は、扶養認定日または受給開始日まで遡って被扶養者資格抹消の手続きを行います。
また、その間に健康保険証を使用して診療を受けた場合の医療費の全額及び給付金は返還します。

３．健康保険組合から離職票等の原本の確認要請があった場合は直ちに提出します。

４．上記１～３を守らなかった場合には扶養認定を取り消されても異議は申し立てません。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

扶養申請者氏名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※必ずご自身で写しを保管してください。

受付印