

雇用保険受給についての同意書

(扶養申請者)

健保 花子 が、令和 ** 年 ** 月 ** 日付で退職しました。
被扶養者としての申請に伴い下記の事項に同意します。

- 雇用保険の失業給付支給額が認定の条件を超えるようになった等、認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに資格喪失手続きをします。

尚今後の予定は、【のいずれかにチェック】

(注) 1・2・3 共通 (失業給付や傷病手当金を受給する場合)

※支給日額が3,612円以上(60才以上は5,000円以上)の場合は申請できません。支給終了後に『健康保険被扶養者異動届』・『被扶養者現況届』・『国民年金第3号被保険者関係届』・『雇用保険受給資格者証』のコピー(全ページ)を提出してください。

※失業給付受給申請中の方で、支給日額が上記を上回る額で決定された場合は、受給開始日より被扶養者から外れる手続きが必要となります。『健康保険被扶養者異動届』・『国民年金第3号被保険者関係届』・『雇用保険受給資格者証』のコピー(全ページ)に、削除となる被扶養者の『健康保険証』を添えて提出してください。

1. 失業給付の受給延長手続きをします。
(延長申請理由: **出産のため**)

2. 失業給付の受給中、または申請中です。

3. 失業給付を受給しません。
 働くことはできるが、受給しない
(具体的理由: _____)

病気で働くことができないため、受給しない
↳ <前加入健保での傷病手当金の受給について>
 受給しない、または受給資格がない
(具体的理由: _____)

受給中、または申請中→受給(見込)額
(_____円/日)

4. その他
(具体的な理由: _____)

- 上記の各事項に偽りがあった場合は、扶養認定した日に遡り、被扶養者の資格を喪失されても異議はありません。

- 認定条件を満たさなくなった日(事由発生日)以降に貴健保が負担した医療費等は、全額返還します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

SSJ・11 SEJ・21
財団・41 SLJ・51
TMX・161

被保険者証

社員番号

被保険者

記号: **11** 番号: **12345** 氏名: **健保 太郎**