

雇用保険受給についての同意書

該当項目にご回答ください。最後に署名いただきご申請願います。

1. 認定対象者の氏名と退職日について

認定対象者氏名 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退職

2. 雇用保険（失業給付金）について

- (1). 受給資格なし（雇用保険に加入していたが、加入期間の不足等、受給資格のない方）
- (2). 放棄する（雇用保険の受給資格はあるが、失業給付の受給を放棄する方）
なお、病気で働く事ができないため受給しない場合は下記にも回答してください
前加入健保での傷病手当金の受給について
➡ ア. 受給していない イ. 受給中、申請中
- (3). 受給中又は受給予定（再就職の意思があり、失業給付を受給する方）
- (4). 延長（中）する ➡ 下記 3. を回答してください

3. 受給延長の理由について

- (1). 妊娠・出産・育児 (2). 病気・ケガ等
- (3). 配偶者の海外勤務への帯同 (4). 親族の看護・介護
- (5). その他（具体的な理由 _____ : _____)

つきましては、下記事項について同意いたします。

- 雇用保険失業給付の支給額が認定の条件を超える場合や認定基準を満たさなくなった場合は、速やかに被扶養者資格の喪失（減少）手続きをおこないます。
- 上記の各事項に偽りがあった場合には扶養増加した日に遡り、扶養認定を取り消されることに異議ありません。
- 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致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名 _____

※支給日額が 3,612 円以上（60 歳以上は 5,000 円以上）の場合は申請できません。

支給終了後に被扶養者異動増加申請してください。

※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、受給開始日で被扶養者異動減少の手続きが必要です。『被扶養者異動減少届』及び『雇用保険受給資格者証』のコピー（全ページ）に、減少となる被扶養者の『健康保険証』を添えて提出してください。