

雇用保険受給についての同意書

(扶養申請者)

_____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。

1. 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。支給終了後に被扶養者異動(増加)申請をしてください。
※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。

1. 失業給付の受給延長手続きをします。

(延長申請理由: _____)

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: _____)

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

3. 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

被保険者証

被保険者

記号:

番号:

氏名: