

大阪ガス健康保険組合 理事長宛

雇用保険失業給付に関する確認書

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記内容に相違ないことを確認いたします。

記

1. 離職理由

自己都合 期間満了 解雇など事業主の理由 その他（ ）

2. 失業給付の受給

受給資格があるが受給しない 受給延長 受給資格なし

受給申請予定がある（ ）年（ ）月頃申請予定）

3. 上記2で「受給申請予定がある」以外を選択された方はその該当理由

妊娠・出産・育児 海外帯同 病気・けが 就学に専念

雇用保険加入1年未満 雇用保険未加入 その他（ ）

4. 確認書

私は以下の事項を厳守いたします。

万が一違反した場合は、認定日にさかのぼって資格を取り消され、保険証を使用した場合は医療費等を全額返還いたします。

また、健康保険法第217条（※）に基づき罰則を受ける場合があることを理解いたします。

① 雇用保険失業給付の受給を開始するときは、速やかに健康保険組合（事業主経由）に資格喪失手続きの届出を行います。

② 扶養認定後、健康保険組合から失業給付受給有無の調査が行われたときは、速やかに回答します。

以上

年 月 日

保険証記号

保険証番号

事業所名

被保険者氏名（自署）

認定対象者（自署）

認定対象者続柄

※参考法令 健康保険法第二十七条

被保険者又は保険給付を受けるべき者が正当な理由がなく（中略）申出をせず、

若しくは虚偽の申出をし、又は文書の提出を怠ったときは、十万円以下の過料に処する。

注) 被扶養者の認定後、雇用保険受給に関して確認することがあります。

健保受取印