

健康保険
被扶養者申請

雇用保険失業給付に関する確認書

被保険者・申請対象家族 記入用

この確認書は2部作成し、1部は被保険者が保管、1部は被扶養者申請の添付書類とともに提出してください

申請日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください														
	氏 名																	
		(フリガナ)		事 業 所 名														

被 保 険 者 ・ 申 請 家 族 記 入 欄	※該当する□に☑を入れてください。																
	申請家族 の氏名	(フリガナ)	続 柄	生年月日	年	月	日										
					☐ 昭和					☐ 平成					☐ 令和		
離職 理由	☐ 自己都合 ☐ 期間満了 ☐ 解雇などの事業主の理由 ☐ その他 ()																
失業給付 の受給	☐ 受給申請予定がある (年 月頃申請予定) ☐ 受給資格があるが受給しない ☐ 受給延長 ☐ 受給資格なし <u>「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</u> ☐ 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 ()																
健康保険の被扶養者申請にあたり、上記内容に相違ありません。 万が一違反した場合は、認定日にさかのぼって被扶養者の認定を取り消され、その間に使用した医療費は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。																	
※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。																	
															被保険者署名 :		
															(直筆記入) _____		
															申請対象家族署名 :		
															(直筆記入) _____		

健保受付日付印

※本証明書は、当組合が健康保険被扶養者認定の確認のために必要な書類です。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。