雇用保険失業給付受給についての確認書

記入日	記 号	番 号	被 保 険 者 氏 名	
令和　　年　　月　　日				
被扶養者として申請する家族の氏名			続柄	

この度、私の家族（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ が、R　　年　　月　　日付で退職したことに伴い、被扶養者として申請を行います。 なお、雇用保険の失業給付受給に関しては、下記（□にチェック）のとおり相違ありません。

1．勤務期間：S･H･R　　年　　月　　日 ～ R　　年　　月　　日（　　年　　カ月間）

2．退職理由

① □ 自己都合　（□ 結婚　　□ 出産　　□ 病気　　□ 定年　　□ その他）

② □ 会社都合

3．雇用保険失業給付受給について

① □ 受給する　　② □ 未定 （不明）

③ □ 受給中（手当日額　a □ 3,612 円以上 → 申請できません　　b □ 3,611 円以下）

④ □ 受給を先送り（延長）する（している）

⑤ □ 受給しない

a □ 放棄する〔理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〕

《「雇用保険失業給付放棄についての確認書」を提出》

b □ 受給資格がない
c □ 雇用保険未加入
※追加で証明書を提出いただく場合があります

d □ その他〔理由を記入：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿〕

4．雇用保険失業給付以外の収入について （退職一時金を除く）

① □ 収入なし

② □ 収入あり　（収入の種類：＿＿＿＿＿＿＿＿　金額：＿＿＿＿＿ 円/年）

5．現在の健康保険加入状況

① □ 国民健康保険　　② □ 他の健康保険の扶養家族　　③ □ 共済組合

④ □ 任意継続（ R　　年　　月分まで保険料支払い済み）　⑤ □ 健康保険加入なし

武田薬品健康保険組合　　理事長　殿

1．健康保険組合が提出を要請する雇用保険に関する書類（離職票の写し等）は、入手次第速やかに健康保険組合へ提出します。

2．公共職業安定所（ハローワーク）に求職の申込みを行い、雇用保険失業給付（基本手当日額）３,６１２円以上（６０歳以上また障害年金受給者は５,０００円以上）を受給する場合は、受給開始日を以って健康保険組合への被扶養者資格抹消の手続きを行います。

3．上記２に該当したにもかかわらず、健康保険組合への手続きを行わなかった（もしくは遅れた） 場合には、受給開始日(*)まで遡って被扶養者資格抹消の手続きを行います。 また、その間に健康保険証等を使用して診療を受けた場合の医療費給付費や、保険事業等の健保立替分を返還します。

被保険者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

扶養申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(*)受給開始日：給付制限がある場合は「給付制限期間満了日」の翌日、但し給付制限が無い場合は「待期期間満了日」の翌日

＝ 確認書に記載された個人情報は、本確認書に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。＝