

雇用保険失業給付放棄についての確認書

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記のことを確約いたします。

雇用保険の失業給付受給に関しては、受給権を放棄します。

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	
受給権放棄の理由				
<p>1. 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」受給の申請をすることになった場合は、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。</p> <p>2. 「上記1」に該当したにもかかわらず、被扶養者資格抹消の手続きを行わなかった（もしくは遅れた）場合には、扶養認定日また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。</p> <p>3. 健康保険組合から離職票等の原本の確認要請があった場合は、直ちに提出します。 ただし、提出しなかった場合には、書類提出期限日以降に健保組合が保険給付等を行わないことを了解しました。</p>				

上記の内容に相違ありません。

武田薬品健康保険組合 理事長 殿

■ 被保険者住所：〒 _____

■ 被保険者氏名： _____

■ 扶養申請者氏名： _____

= この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。 =