

雇用保険失業給付放棄についての確認書
Unemployment Benefits Waiver Confirmation Form

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。

I hereby confirm the following in connection with the application for the applicant's dependent status under health insurance.

The applicant waives the right to claim unemployment benefits under employment insurance.

記入日/Date filled out (Y/M/D)	記号/Code	番号/No.	被保険者氏名/Name of insured person	
XXXX / 5 / 20	10	234567	健保 太郎/Taro Kempo	
被扶養者として申請する家族の氏名 Name of applicant for dependent certification	健保 花子 Hanako Kempo		続柄 Relationship	妻 Wife
受給権放棄の理由 Reason for waiver of right to claim unemployment benefits	再就職する意志がないため No intention to seek further employment			
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。 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、その間にマイナ保険証または資格確認書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。 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。 1. If the applicant applies for employment through a public employment security center (Hello Work) and for unemployment benefits under employment insurance, I will take the steps necessary to cancel the applicant's dependent eligibility with the Health Insurance Society as of the start date for receipt of unemployment benefits. 2. If the applicant's situation is the situation described above and I fail to take the steps to cancel the applicant's dependent eligibility (or delay in doing so), the Society will take the steps necessary retroactive to the date of certification as a dependent or retroactive to the start date for receipt of unemployment benefits. In addition, during that period, I agree to refund to the Health Insurance Society the amount it has paid for medical care benefits or health activities. 3. If the Health Insurance Society asks to review the original of the applicant's separation slip or other documentation, I agree to submit such documentation promptly. I understand that if I fail to submit the documentation, the Health Insurance Society will not pay the applicant's insurance benefits after the deadline for submitting the documentation.				

上記の内容に相違ありません。

I hereby confirm that the above information is correct.

武田薬品健康保険組合 理事長 殿

To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

■ 被保険者住所/Address of insured person:

〒 532-8686

大阪市淀川区十三本町2-17-85 / 2-17-85 Juso Honmachi, Yodogawa-ku, Osaka

■ 被保険者氏名/Name of insured person:

健保 太郎 / Taro Kempo

■ 扶養申請者氏名/Name of applicant for dependent certification:

健保 花子 / Hanako Kempo

= この確認書に記載された個人情報、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。 =

The personal information you provide on this Confirmation Form will be used solely for purposes of administrative processing related to this Confirmation Form. It will not be used for any other purpose.