

確 認 書

私は、平成〇〇年〇〇月〇〇日に退職し、下記の事由により失業給付の受給が開始されるまでの間、扶養に入りたくご申請いたします。

● 支給制限期間（ ヶ月）

● 受給延長期間（傷病・**出産育児**・その他）

※ 該当する事由を○で囲って下さい。

求職の申込みもしくは受給延長の申請日・申請予定日

平成〇〇年〇〇月（申請済み・**申請予定**）

つきましては、失業給付を受給開始後、基本手当日額が3,612円（60歳以上の場合は5,000円）以上の場合は、受給開始日をもって扶養を削除いたします。

また、失業給付受給中にかかった医療費については返還いたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険組合への提出日を記入してください。

被保険者及び被扶養者がそれぞれ記名・押印してください。

被保険者

健保 太郎

健保 印

被扶養者

健保 花子

健保 印