

常務理事	事務長	係	係

日本ペイント健康保険組合 御中

雇用保険受給内容確認書

※雇用保険受給内容確認書は扶養追加申請の理由が「退職」の場合必ず必要です。

被保険者の 記号番号	-	被保険者の 氏名	
申請する扶養家族 の氏名			

1. 退職日はいつですか

(和暦) 年 月 日 退職

2. 雇用保険について (当てはまるものにチェック)

状 況		添付する証明書類(添付ありの場合はチェック)	
<input type="checkbox"/> 受給資格なし	<input type="checkbox"/> 未加入だった	<input type="checkbox"/> 退職時の源泉(写)や退職証明書、給与明細(写)等	
	<input type="checkbox"/> 加入期間不足	<input type="checkbox"/> 離職票1・2(写)	
<input type="checkbox"/> 受給放棄する	<input type="checkbox"/> これから手続き	<input type="checkbox"/> 離職票1・2(写) ※「不該当印押印の離職票」の提出予定日を下記「提出予定日」にご記入ください	
	<input type="checkbox"/> 手続き済み	<input type="checkbox"/> 離職票1・2(写)※不該当印押印のもの	
<input type="checkbox"/> 受給予定	<input type="checkbox"/> これから手続き	<input type="checkbox"/> 手続き後に受給資格者証(写)※下記「提出予定日」にご記入ください	
	<input type="checkbox"/> 待機期間中	<input type="checkbox"/> 受給資格者証(写)	
<input type="checkbox"/> 受給中(3,612円未満)		<input type="checkbox"/> 受給資格者証(写)	
<input type="checkbox"/> 延長予定(これから手続き)※下記3.の回答必要		<input type="checkbox"/> 手続き後に離職票1・2(写)と受給期間延長通知書(写) ※下記「提出予定日」にご記入ください	
<input type="checkbox"/> 延長中 ※下記3.の回答必要		<input type="checkbox"/> 離職票1・2(写)と受給期間延長通知書(写)	
<input type="checkbox"/> 受給終了		<input type="checkbox"/> 受給資格者証(写)	

※証明書類が添付できない理由がある場合はこちらにご記入ください。

理由		提出予定日	年 月 日
----	--	-------	-------

3. 受給延長の理由は何ですか <2で「延長中 または 延長予定」を選択された方のみ>

1. 妊娠・出産・育児 <出産(予定)日を記入: 年 月 日頃>
2. 本人の病気・けが等
3. 配偶者の海外勤務への帯同
4. 親族の看護・介護
5. その他(理由を記入:)

【 誓 約 書 】

上記のとおり相違ありません。

また、健保扶養認定基準を理解し、被扶養者が雇用保険(基本手当日額:3,612円以上)の受給開始等被扶養認定基準から外れる場合は速やかに健保へ扶養取消し手続きを行います。

年 月 日

被保険者氏名

※ 3,612円以上の受給開始後、健保へ扶養取消し手続きを行わなかった(もしくは遅れた)場合には、受給開始まで遡って資格を抹消いたします。また、同期間の医療機関等での受診に関わる保険給付費も遡って請求させていただきます。

この届出については、①または②の要件を満たしたものである。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである / ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している