

雇用保険受給状況申出書

被扶養者異動届の認定対象者にかかる雇用保険受給状況について、下記のとおり申出いたします。また、留意事項についても確認いたしました。

会社を退職した日	年 月 日
雇用保険（求職者給付）の受給状況について 右記、□のいずれかに✓を記入してください	<input type="checkbox"/> 求職者給付を申請する予定 ハローワークに申請する時期： 年 月 日 <u>申請後、「雇用保険受給資格者証（写）」を健康保険組合に提出してください。</u> <input type="checkbox"/> 出産、育児、傷病等による受給延長予定 <u>手続き後、「受給期間延長通知書（写）」を健康保険組合に提出してください。</u> <input type="checkbox"/> 求職者給付の受給申請をしない <div style="text-align: right;">※留意事項 1</div>

記入日： 年 月 日

記号・番号（ — ）			
被保険者 署名	印	被扶養者 署名（扶養を開始する家族）	印

※自署でない場合は捺印が必要です

【留意事項】

1. 求職者給付を受給されない方へ
 今後、当健保組合より、「離職票 1・2」の提出を求める場合があります。
2. 求職者給付の基本手当が **日額 3,612 円以上** の場合は、被扶養者の認定基準を満たさなくなるため、受給開始日以降、遅滞なく、被扶養者異動届（削除）を当健康保険組合に提出願います。提出を失念し、受給開始日以降に医療機関で被保険者証を使用された場合は、医療費（当健保組合負担分）の返納の請求をさせていただくことになります。
3. 被扶養者異動届（削除）の届出漏れを防ぐため、求職者給付の受給状況に関して、健保組合から確認の連絡を差し上げることがあります。

健保組合記入欄

受給の確認	受給開始日	異動届受付日
年 月 日	年 月 日	年 月 日