この確認書は、ご自身でコピーをとり、後日書類を提出するためのチェック用にしてください。

離職票コピー提出についての確認書

扶養認定対象者の状況をお知らせください。(被保険者の情報ではありません)

扶養認定対象者氏名		続柄	
退職年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
退職理由			
退職した会社などの名称および電話番号	TEL.		

1または2のどちらかの□に✓をしてください

□１．退職先からの離職票の交付後、速やかに以下の書類を提出いたします。

『離職票１・２』のコピー

□２．退職先から離職票１・２が交付されないため、コピーを提出することができません。代わりに、後日速やかに以下の書類を提出いたします。

『雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（被保険者通知用)』のコピー

エクセディ健康保険組合　御中

認定対象者の健康保険扶養認定に伴う手続きについて、上記のとおり申請しますので、認定をお願いいたします。

尚、扶養認定後、失業給付の受給を開始したことが判明し、認定条件に満たない場合には、認定取消しとされましても、意義申し立てはいたしません。

また、認定取消しとされました場合は、医療費の健康保険組合負担分を返還いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者記号・番号＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人署名）

H23.4.1 作成
H25.4.1 改定
H28.4.1 改定
R 1.5.1 改定
R 3.6.1 改定

EXD ｹﾝﾎﾟ 扶養申請様式①

エクセディ健康保険組合　御中

求職活動記録申出書

私は、下表のとおり、求職活動を行なっておりますが、現在まだ職に就いていないことを申出いたします。

記

活動日	区分 （いずれかに〇）	会社名	会社所在地（市区町村まで）ＴＥＬ
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.
令和　　年　　月　　日	応募　・　面接 その他（　　）		TEL.

※活動記録は、直近２ケ月分の記入が必要です。
　１枚で書ききれない場合は、複数枚にわたって記入して下さい。

令和　　年　　月　　日

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ﾌﾘｶﾞﾅ）
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本人署名）

生年月日　　昭和・平成　　年　　月　　日

H25.2.1 作成
R 1.5.1 改定
R3.11.1 改定

EXD ｹﾝﾎﾟ 扶養申請様式④

この確認書は、ご自身でコピーをとり、後日書類を提出するためのチェック用にしてください。

失業給付についての確認書

扶養認定対象者の状況をお知らせください。(被保険者の情報ではありません)

扶養認定対象者氏名		続柄	
退職年月日	令和　　年　　月　　日		
退職理由			

1または2のどちらかの□に✓をして、必要項目に記入してください

□1. 失業給付を受給しますが、待期期間および給付制限中、扶養認定してほしい。

＜提出書類＞

ハローワークでの第1回給付処理日以降、速やかに以下の書類を提出してください。

『雇用保険受給資格者証』もしくは『雇用保険受給資格通知』のコピー

※**＜注意＞**

基本手当日額が 3,612 円以上(60 歳以上または障害者の場合は 5,000 円以上)は、ハローワークでの第1回給付処理日付で扶養削除となりますので、必ず届出をしてください。

□2. 受給延長の手続きをするため、扶養認定してほしい。

1) 受給期間延長理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※出産による延長申請の場合　出産予定日　令和　　年　　月　　日

＜提出書類＞

退職日の翌日から 30 日経過後にハローワークで受給期間延長の手続きができますので、手続き完了後、速やかに以下の書類を提出してください。

『受給期間延長通知書』のコピー

※**＜注意＞**

求職活動を開始し受給開始となった場合、基本手当日額が 3,612 円以上(60 歳以上または障害者の場合は 5,000 円以上)は、ハローワークでの第1回給付処理日付で扶養削除となりますので、必ず届出をしてください。

エクセディ健康保険組合　御中

同　意　書

健康保険の扶養申請にあたって雇用保険失業給付について、確認する必要がある時は、貴職が当該官公署に調査を嘱託し、報告を求めることに同意いたします。

また、速やかに提出を行なわない場合は、認定取消しとされましても、意義申し立てはいたしません。

また、認定取消しとされました場合は、医療費のエクセディ健康保険組合負担分を返還いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者記号・番号＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(本人署名)

H28. 4.1 作成
R 1. 5.1 改定
R 3. 6.1 改定
R 4.10.1 改定

EXD ｹﾝﾎﾟ 扶養申請様式⑤

この確認書は、ご自身でコピーをとり、チェック用にしてください。

傷病手当金についての確認書

扶養認定対象者の状況をお知らせください。(被保険者の情報ではありません)

扶養認定対象者氏名		続柄	

現在、上記の者は、傷病手当金を受給しておりません。

尚、今後、扶養認定基準額以上の傷病手当金の受給が開始となった場合は、速やかに扶養削除の届出をおこないます。

※傷病手当日額が 3,612 円以上(60 歳以上または障害者の場合は 5,000 円以上)受給している場合は、扶養削除となります。

傷病手当金受給状況を下表に記入してください。

傷病手当金を受給していた健康保険	名　　称	
	電話番号	
支給開始日	年　　月　　日	
支給終了日	年　　月　　日	

エクセディ健康保険組合　御中

同　意　書

健康保険の扶養申請にあたって、傷病手当金について確認する必要がある時は、貴職が当該官公署に調査を嘱託し、報告を求めることに同意いたします。

また、速やかに提出を行なわない場合は、認定取消しとされましても、意義申し立てはいたしません。

また、認定取消しとされました場合は、医療費のエクセディ健康保険組合負担分を返還いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者記号・番号＿＿＿＿＿・＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(本人署名)

R3.12.1 作成

EXD ｹﾝﾎﾟ 扶養申請様式⑥