

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ご覧ください。

## 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	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

EXD ケホ<sup>®</sup> 扶養申請様式①

## 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○)	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ヶ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 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日      昭和・平成      年      月      日 \_\_\_\_\_

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ご覧ください。

## 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のどちらかの口に✓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』のコピー

※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。

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

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囑託し、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

EXD ケホ<sup>®</sup> 扶養申請様式⑤

## 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いません。

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)