

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使ってください。

## 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

R 1. 5.1 改定

R 3. 6.1 改定

R 4.10.1 改定

EXD ケホ<sup>®</sup> 扶養申請様式⑤