

## 雇用保険失業給付に関する確認書

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記の内容に相違ないことを確認いたします。

記

**1. 区分 下記該当区分に○を付けてください。**

- ① 受給しない ② 受給延長

**2. 理由 下記該当番号に○を付けてください。（その他は理由記入）**

- ① 妊娠・出産・育児 ② 海外帯同 ③ 病気・けが ④ 就学 ⑤ その他（ ）

**3. 受給開始予定 上記1.区分の②の方は、下記に受給開始予定をご記入ください。**

令和 年 月頃

**4. 確認書**

私は、以下の事項を厳守いたします。

万が一違反した場合は、認定日に遡って資格を取り消され、認定除外日以降に受けた保険給付等を全額返還いたします。また、健康保険法第217条（※）に基づき罰則を受ける場合があることを理解いたします。

- ① 雇用保険失業給付の受給を開始する場合は、速やかに健康保険組合に申し出るとともに、健康保険組合所定の資格喪失手続きを行います。
- ② 健康保険組合から失業給付受給有無の調査が行われた際は、速やかに回答します。
- ③ 離職票1, 2（又は受給資格者証）の原本をこの確認書とともに4年間大切に保管し、健保から提示を求められた場合は速やかに提示します。

以 上

令和 年 月 日

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者（自署） \_\_\_\_\_

認定対象者（自署） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

この確認書は2部作成し、そのうち1部は被保険者が離職票等原本とともに保管し、もう1部は被扶養者申請に係る書類とともに提出してください。

（※）参考法令 健康保険法 第二十七条

被保険者又は保険給付を受けるべき者が、正当な理由がなく（中略）申出をせず、若しくは虚偽の申出をし、届出をせず、若しくは虚偽の届出をし、又は文書の提出を怠ったときは、十万円以下の過料に処する。

健保使用欄

|       |  |
|-------|--|
| 受付日   |  |
| 処理日   |  |
| 事態発生日 |  |
| 有効期限  |  |
| 検認日   |  |