

雇用保険等の給付に係る回答書

記号		被保険者氏名	
番号		認定対象者氏名	

※いずれかの□欄に✓を記入してください。

1. 雇用保険等の受給について

- ☐ (1) 受給資格なし
- ☐ (2) 延長する。⇒下記2. 回答必須
- ☐ (3) 受給予定【受給手続き（予定）日を記入：令和 年 月 日】
- ☐ (4) 受給しない【理由を記入： 】
- ☐ (5) その他 【 】

2. 受給延長の理由について

- ☐ (1) 妊娠・出産・育児【出産（予定）日を記入：令和 年 月 日】
- ☐ (2) 出産手当金受給予定
- ☐ (3) 認定対象者が病気・ケガ等
- ☐ (4) その他【理由を記入： 】

本書提出にあたり以下①～③の事項について確認してください。

- ①被扶養者が、失業給付並びに出産給付等の受給を開始した場合、速やかに健康保険組合に対して、「被扶養者異動届（減少）」、「健康保険被保険者証」、「雇用保険受給資格者証の写」、「出産手当金請求書の写」等を提出してください。
- ②離職票等は、大切に保管してください。失業給付の受給に関して、健康保険組合から状況確認のために離職票の提出を求める場合があります。
- ③上記①、②に反して健康保険組合に届出なかった場合は、被扶養者認定を事由発生日まで遡って取り消す場合があります。また、その間に健康保険組合から支払われた保険給付費があった場合は、全額自己負担となります。

和歌山県農協健康保険組合 御中

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

また、上記①～③について承諾しました。

被保険者氏名 ㊞

被扶養者氏名 ㊞

※「健康保険被扶養者異動届」に添付して提出してください。