離職者用

下記の事項について、事実をありのままにご記入ください。

被 扶 養 者 認 定 調 査 票

被扶養者として申請する者の氏名		年齢	歳	続柄	
離職した事業所の名称					
〃　住所					
〃　電話番号	（　　）	ー			
入社年月日	年　月　日				
退職年月日	年　月　日				

以前加入していた健康保険等について

1. 全国健康保険協会（　　）支部　2.（　　）健康保険組合

3.（　　）共済組合　4. 国民健康保険

被保険者等の記号・番号

記号（　　）　番号（　　）

出産予定について	無	有　（出産予定日　年　月　日）

加入していた健康保険組合等からの傷病手当金・出産手当金の受給の有無について

① 傷病手当金を　受給している・受給する予定ですか？

はい　（給付日額　円）	いいえ

② 出産手当金を　受給している　・　受給する予定ですか？

はい　（給付日額　円）	いいえ

雇用保険加入の有無	有	無

★　雇用保険に加入していた方のみ回答ください。

雇用保険（基本手当）の申請（求職の申込み）をしますか？

1	雇用保険（基本手当）を申請しない※
2	雇用保険を申請する(した)（求職申込日　年　月　日）
3	雇用保険（基本手当）を受給中　（基本手当日額　円）
4	雇用保険の受給期間を延長予定、または延長中

※雇用保険（基本手当）を申請しない理由を回答ください。

1	就職する意思がないため
2	その他　（次の就職先が決まっている等、ご記入ください。） （　　）

【雇用保険（基本手当）を申請する（した）方へ】
給付制限中（受給待期中）のみ被扶養者として認定します。
必ず『雇用保険受給資格者証』の両面コピーを健康保険組合に提出してください。
基本手当日額が、３，６１２円以上（６０歳以上または障害者の方は５，０００円以上）の場合は、被扶養者として認定できませんので、国民健康保険に加入してください。

★　誓約事項　★

1. 雇用保険（基本手当）の支給が開始された場合は、健康保険組合に『雇用保険受給資格者証』のコピーを提出します。
2. 基本手当日額が認定基準額を超える給付を受けている期間に、誤って当組合の保険証を使用した場合は、医療費を返還します。

上記の事項について承諾のうえ、被扶養者の認定申請をします。

年　月　日

認定対象者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿