

失業給付金受給に関する確認書

健康保険の 記号・番号	被保険者氏名	被扶養者氏名
記号 - 番号	フリガナ 被保険者の氏名を ご記入ください	フリガナ 被扶養者の氏名を ご記入ください
<p>1. 雇用保険失業給付金の受給手続きを終えられた方は、受給状況確認のため<u>基本手当日額や待期期間満了日等</u>が印字された「雇用保険受給資格者証」のコピーを速やかに健康保険組合へご提出ください。</p> <p>2. 雇用保険失業給付金の<u>基本手当日額</u>が 3,612 円（被保険者の配偶者を除く 19 歳以上 23 歳未満の方は 4,167 円、60 歳以上の方はまたは障害厚生年金受給者の場合は 5,000 円）以上となる場合は、<u>受給開始日*</u>をもって被扶養者の資格を喪失しますので、「被扶養者（新規・異動）届」を勤務先経由で届出ください。資格確認書や各種証（高齢受給者証や限度額認定証など）が交付されている場合は、併せてご返却ください。</p> <p style="text-align: center;">* 受給開始日：退職理由が自己都合（給付制限あり）の場合は「給付制限期間満了日」の翌日 退職理由が会社都合（給付制限なし）の場合は「待期期間満了日」の翌日</p> <p>3. 上記 2 に該当したにもかかわらず、健康保険組合への届出を行わなかった（もしくは遅れた）場合についても、受給開始日*まで遡って資格喪失の手続きを行います。その場合、資格喪失日以降に医療機関を受診された医療費等について全額返納していただきますのでご注意ください。</p>		
被 保 険 者 署 名 欄	<p>大阪港湾健康保険組合理事長 殿</p> <p><input type="checkbox"/> 上記内容を確認しました。（必ず<input checked="" type="checkbox"/>のうえ、下記にご署名ください）</p> <p style="text-align: center;">令和 ○○年 ○○月 ○○日</p> <div style="border: 1px solid red; display: inline-block; padding: 2px;">☑をつけてください</div> <p style="text-align: right;">被保険者氏名（自署） 被保険者の氏名をご記入ください</p>	

※ 個人番号（マイナンバー）をもとに、雇用保険失業給付の受給状況等を確認させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。