

申出書（雇用保険の手続き中）

事業所名以外は、すべて被保険者にて自署ください。

1 扶養認定対象者 ①氏名 _____ ②続柄 _____

2 雇用保険 ①手続き区分（該当にチェック（☑）してください。）
 待機期間中または給付制限期間中
 病気・けが、妊娠・出産等に伴う受給期間延長
②受給開始の予定時期 _____年_____頃（見込み）

3 上記の被扶養認定対象者の認定にあたり以下の事項を誓約します。

（内容を確認のうえ、チェック（☑）してください。）

- (1) 雇用保険の受給開始が決まった際には、速やかに組合に連絡のうえ、取消の手続きを行うこと
- (2) 上記1の扶養認定対象者の審査にあたり、本件申出書の事情を慎重に考慮のうえ下した当組合の判断を尊重し、一切異議を申し立てないこと
- (3) 認定後においても、組合が必要と判断した際には、組合が依頼する書類等の提出に協力すること
- (4) 次に該当の場合は、異議申立てを行うことなく、速やかに認定日まで遡った取消の手続きを行うこと。また、取消日以降の給付については、その全額を組合に返還すること
 - ア) 申請内容に虚偽・隠ぺいが判明したとき
 - イ) 扶養要件を満たしていないことが判明したとき
 - ウ) 組合において、上記（1）及び（3）と反する取扱いがあったと判断したとき
 - エ) その他、本件申請において悪意のある意思・行動が確認されたとき

令和 年 月 日

地域医療振興協会健康保険組合

理事長 小池 宏明 殿

以上について、申立ていたします。

事業所名 _____

記号・番号 _____

被保険者氏名 _____