

令和 年 月 日

SGホールディングスグループ健康保険組合理事長様

被保険者名 _____ 印 _____

雇 用 保 険 受 給 延 長 に 関 す る 届 出 書

被扶養者認定申請者は、出産等の理由により管轄職業安定所に対して別添の通り雇用保険受給期間延長申請をしておりますが、雇用保険受給開始を下記の通り予定していますので、開始時期までの期間、健康保険の被扶養者認定をお願い致します。

雇用保険の受給開始になりましたら、被扶養者資格の抹消手続きを速やかに行うため、保険証、受給資格者証のコピーを提出いたします。

又、雇用保険受給をとりやめる場合については、離職票原本1・2を再度提出いたします。

記

- 1 被保険者所属店 _____ 氏 名 _____
- 2 健康保険証 記号 _____ 番 号 _____
新規取得の場合は記入不要
- 3 被扶養者認定申請者
住 所 _____ 電話番号 _____
氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生
- 4 管轄職業安定所名 _____
電話番号 _____
- 5 雇用保険受給開始予定時期 _____ 年 月 日
- 6 申請者の雇用保険番号 _____