

雇用保険失業給付等に関する念書

(この届出は同じものを2部作成し、1部はご本人様控えとして保管してください)

文化シヤッター健康保険組合 理事長殿

この度、被扶養者として申請した（氏名） _____ は、失業保険等を

【 1・2 いずれかに ○をつけてください 】

1. 受けません。⇒下記の事項に同意します。

- ・失業保険・傷病手当金・障害年金等を受けた事が判明した場合、扶養に入った日にさかのぼって認定を取り消される事があっても異議はありません。
- ・その場合、扶養中に受けた給付（医療費の7割分など）を、文化シヤッター健康保険組合に全額返金いたします。

2. 受けます。⇒下記の事項に同意します。

- ・失業保険・傷病手当金・障害年金等（日額3,612円以上の時）の受給開始の場合には、ただちに扶養から外れ、『異動届（減）』と『保険証』を人事担当者へ提出します。
- ・失業保険・傷病手当金・障害年金等（日額3,612円以上の時）を受給しているにも関わらず、扶養から外れていない事実が明らかになった場合は、扶養に入った日にさかのぼって認定を取り消されても異議はありません。その場合、扶養中に受けた給付（医療費の7割分など）を文化シヤッター健康保険組合に全額返金いたします。
- ・失業保険等が終了した後、再度扶養に入る場合は『異動届（増）』『雇用保険受給資格者証全ページのコピー（終了と記載あり）』を本社・人事担当者へ提出します。

文化シヤッター健康保険組合より、管轄ハローワークへ失業保険等受給状況を確認しても異議ありません。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険証 記号 _____ 番号 _____

被保険者住所 〒 _____

TEL _____ () _____

被保険者氏名 【自署】 _____