

失業給付受給・非受給に伴う扶養認定願

いずれか該当する番号に○を付し、必要事項を記入してください。

1. 受給する

雇用保険の失業給付を受給する予定ですが、未だ支給が開始されておりませんので、被扶養者として認定願います。

なお、受給開始となりましたら、遅滞なく被扶養者資格喪失の手続をいたします。

失業給付の基本手当日額 ：円
失業給付の受給開始予定日 ：令和 年 月頃

2. 受給しない

雇用保険の失業給付の受給手続きを行いませんので、被扶養者として認定願います。
なお、事情の変化により受給申請を行うこととなった場合は、遅滞なく貴組合へ届出いたします。

受給しない理由（詳しく） ：

3. 受給期間の延長を予定している

雇用保険の失業給付の受給期間延長手続きをする予定ですので、受給が開始するまでの期間、被扶養者として認定願います。

なお、受給開始となりましたら、遅滞なく被扶養者資格喪失の手続をいたします。

受給期間延長の理由（詳しく） ：

令和 年 月 日

三ツ星ベルト健康保険組合

理 事 長 殿

申 立 人	記号		番号	
	氏 名			
	被扶養者氏名			