（認定様式 ３号）

様式変更平成18年2月24日

様式変更平成19年10月5日

様式変更平成25年4月1日

様式変更平成26年4月1日

様式変更令和1年5月1日

様式変更令和2年6月15日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **オリンパス健康保険組合理事長 殿** | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 担当者 |
|  |  |  |  |

認定対象者申請日：令和 　 年 　 月 　 日

扶養認定の申請にあたり雇用保険（失業給付）について下記の通り申告致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 保険証番号 | **－** | 被保険者氏名 | 　　　　印 |
|  | 昭和・平成： 　 年 　 月 　 日 | 男・女 | 年齢：　 歳 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定対象者 | 対象者氏名 |  | 続柄： | 男・女 | 年齢：　 歳 |
| 申請前の状 況 |  |  |
| 入社年月日 | 平成・令和 　 年 　月 　日 | 在籍年数 | 年　　ヶ月 |
| 退職年月日 | 平成・令和 　 年 　月 　 日 |

|  |
| --- |
| 該当のカッコ欄［ ］にチェック・記入欄は内容記載願います。 |
| ［ 　］（１）雇用保険の受給を受けます。［ 　］①受給手続が終了しているため「雇用保険受給資格者証」を提出します。［ 　］②申請中のため離職票－２の写しを提出し、後日受給資格証の写しを提出致します。［ 　］③雇用保険の受給期間を延長致します。　　　　　　　　　（延長期間：令和 　 年 　 月 　 　 日迄）　　　　　　　　　（延長理由）［ 　］〇出 産（予定日：令和 　　　 年 　　 月 　 日 ）［ 　］〇病 気（病 名： ）［ 　］〇その他（ ）〈添付書類〉［ 　］〇延長手続中のため離職票－２の写しを提出し、後日延長通知書の写しを提出致します。［ 　］〇離職票－２の写し･延長通知書の写しを提出致します。［ 　］（２）雇用保険の受給の意思はありません。（下記のいずれかを添付して下さい。）［ 　］①離職票の交付を受けないので、事業主の証明書（雇用保険未加入･離職票未　　　　発行証明書）を添付致します。［ ］②離職票の交付を受けたが、再就職の意思がありませんので離職票－２の写しを添付の上申請致します。［ ］③離職票の交付を受けたが、雇用保険を受けずに就職活動をします。離職票－２の写しを添付の上申請致します。［ ］④その他の理由 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）［ ］（３）雇用保険非加入者［ ］①公務員（退職証明書を添付して下さい。）［ ］②雇用保険非該当事業所［事業主の証明書（雇用保険未加入･離職票未発行証　　　　明書）を添付して下さい。］［ ］（４）受給資格なし ○雇用保険の受給資格を満たさない為［離職票－２の写し、又は、事業主の証明書（雇用保険未加入･離職票未発行証明書）を添付して下さい。］**注：上記申告項目の内容に違反した場合は、当該期間中に受けた保険給付金の返却を請求する** **場合があります。** |