

タムラ製作所健康保険組合 理事長殿

雇 用 保 険 失 業 等 給 付 に 関 す る 届 出 書

被 保 険 者			被 扶 養 者	
記 号	番 号	氏 名 (自 署)	申 請 者 氏 名	続 柄

上記申請者は、被扶養者の認定を受けるにあたり、雇用保険失業等給付は

- 受給しません
- 待機期間中または給付制限期間中です
- 出産等の理由により受給期間を延長します

雇用保険失業等給付を受給する場合は、速やかに「被扶養者異動届」により、被扶養者から外れる手続きをおこなうことをお約束します。もし、被扶養者から外れる手続きを行わず雇用保険失業等給付を受けた場合、受給申請した日に遡り被扶養者から外れる手続きが行われても異議を申しません。従って、その間の医療費は全額自己負担することをお約束します。

・提出書類は申請時及び2月・4月・6月・8月・10月・12月の各月の10日までに提出いたします。

※提出書類：離職票1・離職票2

・提出書類及び連絡等は遅滞なく行うものとし、怠った場合は被扶養者から外れることを承諾いたします。

事 業 主 の 証 明	上記の届出の通り、相違ないことを証明いたします。
	事業所所在地
	事業所名
	事業主氏名
	電 話

常務理事	事務長				係

受給開始	年	月	日	年号	書 類 提 出 チェック欄
受給満了	年	月	日		2 / ・ 4 / ・ 6 / ・ 8 / ・ 10 / ・ 12 /
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; transform: rotate(45deg);"></div>					2 / ・ 4 / ・ 6 / ・ 8 / ・ 10 / ・ 12 /
					2 / ・ 4 / ・ 6 / ・ 8 / ・ 10 / ・ 12 /