

念 書

続柄 被扶養者名

この度、私の（ ）（ ）は、令和 年 月 日付で退職をしたため、被扶養者の申請をいたします。

現在、雇用保険の失業給付受給の手続きを行っておりますが、給付制限期間中は無収入となるため、被扶養者の認定をお願いします。

今後、雇用保険の失業給付を受給するに至り、受給額が被扶養者認定基準額を超える場合は、直ちに被扶養者抹消の手続きを行います。

なお、この届出を怠った場合には、遡及して被扶養者認定を取り消しされても異議申し立てはいたしません。また、当該日以降支給された医療費、保険給付費等は健康保険組合に返還することを誓約いたします。

令和 年 月 日

大阪自転車健康保険組合理事長 様

事業所名 _____

記号・番号（ — ）

住 所 _____

被保険者名 _____ ㊞