

受付 令和 年 月 日

大垣共立銀行健康保険組合 殿

常務理事	事務長	担当者

健康保険

被扶養者状況届(退職関係)

店番 \_\_\_\_\_ 店名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日 提出

被保険者証 記号	被保険者証 番号	被保険者氏名	印
		申請対象被扶養者 氏名	印

1. 退職日 令和 年 月 日

勤務先(名称) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

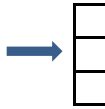
(健康保険) \_\_\_\_\_

(退職まで加入していた健康保険組合の名称)

2. 雇用保険(失業手当)受給資格

(左記にレ点で記入して下さい)

有



受給しません  
受給します  
延長します



自己都合退職  
会社都合退職

無

※ 受給を延長される方は受給期間  
延長通知書の写しを追送してください。

※ 雇用保険受給資格者証を受け取られましたら写しを提出してください。

※ 雇用保険受給資格者証に待満了日と給付制限期間が記載されましたらその写しを提出してください。

※ 雇用保険の受給を終了したら「支給終了」の印字がある雇用保険受給資格者証の写しを提出してください。

3. 雇用保険手続き中における経緯

離職日 令和 年 月 日 基本手当日額 \_\_\_\_\_ 円

求職申込日 令和 年 月 日 基本手当受給期間

待期満了日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 ~

初回認定日 令和 年 月 日 令和 年 月 日

給付制限期間 月 日 ~ 月 日

最長延長期限 令和 年 月 日

※ この届出の内容が事実と相違していることが判明した場合、遡って被扶養者の資格を取り消し、その間の保険給付費等については返還請求をいたします。