

平成 年 月 日

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合 殿

被保険者住所

(あなたの)

被保険者氏名

印

所属事業所名

健保記号・番号

失業等給付受給前の者の被扶養者資格認定申請にあたっての確認書
(失業等給付受給前の待機・受給制限期間について)

申請対象者	家族氏名
(今回申請の家族)	生年月日 年 月 日 生
	続 柄
	同居・別居

私は、このたび失業保険申請中の上記の者について、被扶養者の認定申請を行いました。下記のことについて了解上の申請であることを確認します。

記

1. 生計維持関係について

この申請は、失業等給付の受給前の待機・受給制限期間中、申請対象者の生計を、私が主として維持する必要があり（生活費の概ね半分以上を補助）、また実際に生計維持していくことを前提に申請します。

2. 生計維持関係変更の場合の対応について

次の場合、事実のあった日から5日以内に、対象者を扶養から削除する申請書類を、事業所を通じて健保組合に提出します。

- 1) 失業等給付の待機・受給制限期間が終了したとき。
- 2) 待機・受給制限期間中であっても、対象者が自己の収入や財産等を中心に生計をたてられるようになり、私が主として生計を維持する必要がなくなったとき。

以上