

申 出 書 兼 同 意 書

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿

被扶養者_____の失業保険受給に際し、受給しないことを申し出ます。

受給しない理由は下記の通りです。

理由：

事実と相違した場合は、被扶養者の認定を取り消すとともに、これに伴い
支給された保険給付はすべて返還いたします。

また、被扶養者認定に際し、公共職業安定所が有する被扶養者の個人情報
(当健康保険組合が必要とする、各種記録)について、当健康保険組合が照会
を行い、その照会に対し当健康保険組合が公共職業安定所からの回答、及び
提供を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

健康保険記号・番号

—

住 所

〒

被保険者氏名

⑨

被扶養者氏名

電 話 番 号

—

—