兼松健康保険組合理事長　殿

確　　認　　書

私は、　　　　　　　が、貴健康保険組合の被扶養者認定を受けるにあたり、下記事項の遵守につき、責任を持って本人を監督いたします。

①　被扶養者認定を受けている間、失業給付の受給をしないこと。

1. 失業給付を受給する場合は、雇用（失業）保険への申請に先立ち、「被扶養者減員届」を提出すること。
2. 貴健康保険組合が実施する、年２回の定期被扶養者検認期間（通常6月と12月）

においては、離職票１・離職票２及び受給期間延長通知書の原本を提出すること。

万一、上記の事項に反した場合は、事実発生の時点まで遡っての被扶養者資格の喪失に同意すると共に、遡った時点から現在に至るまでに健康保険組合で発生した医療費や保険事業費等の費用を、健康保険組合からの返金請求に従い、私が全額負担することを確認いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記号-番号-枝番　　　　-　　　　　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　被扶養者氏名　　　　　　　　　　続柄