雇用保険法に基づく受給資格の「有・無」に関する申立書

令和
~~平成~~　　年　　月　　日

年金事務所長

健康保険
被保険者の記号番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私の被扶養者である＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）について、下記のとおりであることを申し立てます。

記

勤務していた事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務期間　令和 ~~平成~~　年　月　日から令和 ~~平成~~　年　月　日まで

1．　雇用保険（失業保険）への加入の「有・無」
　□　加入していた　→2．へ　　□　加入していなかった

2．　雇用保険に加入していた場合
　□　受給権あり　→　□　雇用保険を受ける…退職の理由
　　（□自己都合・□会社都合）
　　□　雇用保険を受けない
　　受けない理由（　　）

　□　受給権なし

3．　出産による退職の場合、出産手当金の受給予定の「有・無」
　□　予定あり…出産予定日（　　年　　月　　日）　　□　予定なし

4．　病気療養による退職の場合、傷病手当金の受給予定の「有・無」
　□　予定あり　　□　予定なし

※「雇用保険」「出産手当金」「傷病手当金」を受給している間は被扶養者になることができません。（ただし、支給日額が３，６１２円未満の場合は被扶養者となることができますので、金額の確認できる書類を添付してください。）
※ 雇用保険受給終了後、被扶養者に申請する場合は終了の確認できる書類（雇用保険受給資格者証の写し）を添付してください。
※ 事実と相違して申し立てた場合、罰則規定がありますので事実通り記入してください。