

**記入例**

**【留意事項】各種手当金を受給する場合、扶養認定はできません。**

ただし、各種手当金の基本手当日額(各種手当金以外に収入がある場合は基本手当日額と合算)が日額3,612円(60歳以上及び障害年金受給者は5,000円)未満の場合を除く(\*1)

日野自動車健康保険組合 御中

**雇用保険他(各種手当金等)申告書**

扶養認定対象者氏名(被扶養者)	健保 花子		旧姓	日野
申請前の状況	会社名	〇〇株式会社 (TEL 042-000-0000)		
	雇用保険喪失日 <small>※退職の場合は退職日の翌日が喪失日となります</small>	平成(令和) 4年 4月 1日	雇用保険未加入の方は退職日	平成・令和 年 月 日

**該当する項目に☑をし、必要事項を記入(下記1.~2.該当箇所記入)**

**1. 雇用保険について**

① 受給期間を延長します

理由	<input type="checkbox"/> 出産(予定日:令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他( )
提出書類	下記、aまたはbを提出 a.雇用保険受給期間延長通知書(写) b. 離職票(写) ※延長手続き済のもの ↓ <input type="checkbox"/> 本申告書と共に提出致します <input type="checkbox"/> 延長手続き中の為、退職日より2カ月以内に提出致します

延長期間が満了し、受給申請する際は、直ちに『雇用保険受給資格者証(両面写)』を提出し、被扶養者削除申請を実施します。(削除例外あり。上記【留意事項】(\*1)参照)

② 基本手当日額(各種手当金以外に収入がある場合は合算)が3,612円(60歳以上及び、障害年金受給者は5,000円)未満です。

提出書類	雇用保険受給資格者証(両面写)
------	-----------------

③ 受給しません

理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労の意思がないため <input type="checkbox"/> 雇用保険喪失後、年間130万円(60歳以上及び障害年金受給者は180万円)未満の収入になるため(予定含む)
提出書類	退職日の確認できる書類

④ 雇用保険未加入です

理由	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 雇用保険非該当事務所 <input type="checkbox"/> 未加入
提出書類	退職日の確認できる書類

**2. 出産手当金・傷病手当金・労災給付金について**

① いずれも受給しません

②  出産手当金  傷病手当金  労災給付金 を受給中(または受給予定)です

受給(予定)開始日	令和 年 月 日
提出書類	直近の支給決定通知書(写)

③  出産手当金  傷病手当金  労災給付金 を過去1年以内に受給終了しています

受給終了日	令和 3年 12月 15日
提出書類	支給が終了したことがわかるもの(支給終了通知書(写)、支給期間満了通知(写)等)

確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (一事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑)
<input type="checkbox"/>	
上記のとおり相違ありません	
令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	Ⓢ

この申告書は事実と相違なく、扶養認定対象者は私が主として生計の維持を行っています。違反した場合は被扶養者の資格を取り消され、当該期間中に受けた保険給付金を返却することに異議申し立て致しません。			
記入日	令和 年 月 日	確認欄	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署である為、押印を省略する場合は☑)
被保険者氏名		<input type="checkbox"/>	