

【留意事項】雇用保険(失業給付)受給中の場合、扶養認定はできません。

ただし、基本手当日額(雇用保険(失業給付)以外に収入がある場合は合算)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。

日野自動車健康保険組合 御中

雇用保険(失業保険)申告書

扶養認定対象者氏名(被扶養者) または 扶養異動認定に伴う夫婦共同扶養配偶者氏名	
--	--

①～⑤のうち該当する項目に☑をし、必要事項を記入

① 受給予定

受給開始後、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。
(上記【留意事項】参照)

② 受給延長

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】参照)

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

③ 雇用保険未加入

理由	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 雇用保険非該当事務所 <input type="checkbox"/> 未加入となる契約のため
----	---

④ 受給放棄

理由	<input 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)
----	---

⑤ 受給資格なし

この申告は事実に相違なく、虚偽があった場合は被扶養者の資格を遡って取り消され、当該期間中に受けた保険給付金(健康保険を使って受診した等)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	被保険者氏名	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☑)
			<input type="checkbox"/>	

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。 (←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	㊟