

雇用保険法に基づく受給資格の「有・無」に関する申立書

年 月 日

全国健康保険協会宮城支部長 様

被保険者証の番号 _____
被保険者氏名 _____ 印

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 _____ 年 月 日から _____ 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・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 受ける・・・退職の事由（自己都合・会社都合）
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」
ある 出産予定日（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）・ない
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」
ある・ない

※雇用保険受給予定者を被扶養者に申請する場合は（雇用保険受給資格者証の写（両面））を添付してください。ただし、支給日額が 3,612 円以上（60 歳以上等は 5,000 円）の場合は被扶養者になることはできません。

※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（両面））を添付してください。

※事実と相違して申立てた場合、罰則規定がありますので事実通り記入してください。