

# 雇用保険の受給に関する申立書

電線工業健康保険組合理事長 殿

健康保険被保険者

(記号) \_\_\_\_\_ (番号) \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

健康保険被扶養者（認定）の届出に関して、次のとおり申立ていたします。

- 最終の勤務先： 事業所名 \_\_\_\_\_
- 在職期間： 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
- 雇用保険の加入： あり ・ なし （※労働条件の変更により被扶養者認定を受ける場合は、変更前の情報を記入してください。）

雇用保険（失業給付等）の受給については、以下のとおりです。（※該当するものに✓をしてください。）

- 受給する
- 受給しない       受給資格なし
- 受給期間延長      延長理由： \_\_\_\_\_
  - 退職後の傷病手当金を受給する（基本日額 \_\_\_\_\_ 円）
  - 出産手当金を受給予定（出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日）
- 受給終了（令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日終了）       その他（ \_\_\_\_\_ ）

なお、被扶養者認定中に雇用保険（失業給付等）を受給することとなり、被扶養者の認定要件を満たさなくなった場合は、被扶養者認定削除の手続きを速やかに行います。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒

住 所 \_\_\_\_\_

認定対象者氏名 \_\_\_\_\_

（※認定対象者が自署してください。）

※ 被扶養者として認定された後、雇用保険を受給することとなった場合は、雇用保険受給資格者証（両面）のコピーを健康保険組合へご提出ください。

※ 雇用保険（失業給付等）・傷病手当金・出産手当金の受給日額が3,612円以上（60歳以上または障害者の場合は5,000円以上）になる場合は、被扶養者の認定基準額を超える為、受給期間中は被扶養者にはなれません。受給期間中に他の収入がある場合は合算してください。

※ 被扶養者認定中に、基準を超える雇用保険の受給等が判明した場合は、遡って被扶養者の資格を取り消し、その間に当健康保険組合へ請求された医療費等は、全額を返還していただきます。