

〔 雇用保険法に基づく受給資格の有無に関する申立書 〕

東京港健康保険組合理事長殿

平成 年 月 日

記号-番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

被扶養者として申請する \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) について  
下記の通りであることを申し立てます。

勤務していた事業所名 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

勤務期間 \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日 から 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

受給資格あり

→

雇用保険を受ける【退職理由】

自己都合  会社都合

雇用保険を受けない【受けない理由】

受給延長のため [ 出産  療養]

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

受給資格なし

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:平成 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

【給付が始まった際の金額確認および届出誓約】

(2. ~4. について、受給を予定している方)

**雇用保険・出産手当金・傷病手当金の受給日額が3,611円(60歳以上または障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は5,000円)以上になる場合には、速やかに扶養削除の届出を致します。**

※ 雇用保険受給終了後、扶養の申請をする場合は、雇用保険受給資格者証の写し等  
受給終了を確認できる書類を添付して下さい。

※ 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にご記入下さい。  
また、後から受給金額が基準を超えていたと判明した場合には、遡って扶養を削除する  
可能性がありますのでご注意下さい。