

雇 用 保 険 申 告 書

被扶養者の申請にあたり雇用保険（失業保険）について下記の通り申告いたします。

記

該 当 者	氏 名	健 保 小 百 合			
	申請前の状況	会 社 名	〇〇〇〇 株式会社	電 話	〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
		退職年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	退職理由	自己都合

申請内容項目 ◆該当欄の□にチェック・記入欄は内容を記入◆	<input checked="" type="checkbox"/> ①受給します。 *受給申告書の提出 1.添付（申請事項は必ず記入すること） <input checked="" type="checkbox"/> 2. 後日提出 <input type="checkbox"/> ②受給しません。（下記のいずれかを添付） <input type="checkbox"/> 1. 離職票の交付を受けないので事業主の証明書を添付します。 <input type="checkbox"/> 2. 離職票の交付を受けたが再就職の意志がありませんので離職票を添付の上申請します。 <input type="checkbox"/> 3. 被保険者期間が12カ月未満のため雇用保険の受給ができませんので、事業主の証明を添付します。 <input type="checkbox"/> ③受給期間を延長します。（延長期間：令和 年 月 日迄） 下記の理由で延長手続きをしますが、延長期間が満了し受給申請する際には直ちに被扶養者異動（喪失）届を提出します。 <理由> 1. 出 産（予定日： 月 日 ） 2. 病 気（病 名： ） 3. その他（ ） <添付書類> <input type="checkbox"/> 1. 「受給期間延長通知書(写)」を添付します。 <input type="checkbox"/> 2. 延長手続き中のため1ヵ月以内に、「受給期間延長通知書(写)」を提出します。 <input type="checkbox"/> ④雇用保険非加入 <input type="checkbox"/> 1. 就職したことがない。 <input type="checkbox"/> 2. 公務員（退職証明書添付） <input type="checkbox"/> 3. 雇用保険非該当事業所（事業主の証明を添付）
	上記申告項目の内容に相違ありません。違反した場合は、当該期間中に受けた保険給付金は、すべて返却いたします。 日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 保険証記号・番号 No. 2 8 〇〇 — 〇〇〇〇 被 保 険 者 氏 名 健 保 慎 之 介

この届出に記載された情報は、扶養認定を適正に判断するため、並びに健保組合の業務を遂行するため収集し利用します。