

# 「雇用保険受給額推計」申立書

認定対象者氏名		性別	生年月日				年齢	続柄
			元号	年	月	日		
(フリガナ)		男 女	昭和	.....	.....	.....		
(氏名)			平成	.....	.....	.....		
離職日	基本手当日額	所定給付日数		給付見込額 (基本手当日額×所定給付日数)				
平成・令和 年 月 日	円	日		円				

上記認定対象者の雇用保険給付見込額と、認定申請以降向こう1年間に発生する他の収入見込額との合計が、被扶養者の年間収入限度額（60歳未満の者は130万円、60歳以上又は障害年金の受給要件に該当する程度の障害者にあつては180万円）を超えないことが見込まれるため、被扶養者として認定していただきたく、「雇用保険受給資格証（写し）」を添付し申立ていたします。

なお、認定以降において、認定対象者の給付総額と他の収入との合計額が、被扶養者の年間収入限度額を超えることが確認できた場合は、速やかに被扶養者の認定取消手続きを行います。

本申立ての内容が、事実と相違していることが判明した場合は、被扶養者資格の取消及び給付の返還等、一切異議申立てを行わないことをお約束いたします。

ジェイティ健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 記号     番号

住所 〒 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_