

「雇用保険受給に関する」申立書

認定対象者氏名	性別	生 年 月 日				年 齢	続 柄	離 職 日
		元号	年	月	日			
(フリガナ)	男	昭和						平成・令和 年 月 日
(氏 名)		平成						

上記認定対象者は、雇用保険の給付に関し $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{ 受 給 希 望 な し} \\ \square \text{ 受 給 予 定} \\ \square \text{ 受 給 資 格 要 件 不 足} \end{array} \right\}$ であるため、被扶養者と

して認定していただきたく、「雇用保険離職票－１、－２（写し）」を添付し申立ていたします。

なお、今後受給手続きを行い、雇用保険給付見込額と認定以降向こう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 _____