

ご一読ください!

申立書

(当てはまる番号等に○印および必要事項を記入。 2.～8.に該当するときは右下欄に理由状況を簡潔に記入する。)

扶養対象者	氏名 健康 花子	年齢 28 歳	続柄 妻
-------	--------------------	----------------------	----------------

3 扶養の開始を申請するご家族の氏名等

1. 出産退職し雇用保険の受給を延長する

(1) 退職年月日 年 月 日

受給権 (有・無)

(2) 分娩予定日 年 月 日

4. 配偶者が死亡したが遺族年金を受給しない

(3) 延長予定期限 年 月頃
(被扶養者期間)

受給権 (有・無)

(4) 雇用保険受給予定期間
(被扶養者対象外期間)

年 月 ~ 年 月
(ヶ月間)

5. 同居または、別居の夫(含、離婚)がいる被保険者である母親が我が子を扶養する。

6. 被保険者が、別居の配偶者のいる父、又は母を扶養する

(5) 以下ご確認の上、□欄に「✓」をご記入ください。

雇用保険を受給する際は、健保組合に遅滞なく扶養終了の届け出を提出いたします。

7. 就労年齢で収入が無い
(妻・年金受給者・障がい者手帳をお持ちの方は除く)

(1) 就労経験 (有・無)

(2) 最後の雇用保険受給終了年月

2. 退職したが雇用保険を受給しない

年 月

(1) 元勤務先での雇用保険加入の有無
(有・無)

8. その他

「有」の場合、以下ご確認の上、□欄に「✓」をご記入ください。

雇用保険を受給しない証として、離職票1および2の原本を健保組合に提出します。なお、状況が変わり雇用保険を受給する際は、健保組合へ「離職票返却依頼書」を提出するとともに、受給開始時に扶養終了の届け出を提出いたします。

※当健保組合は、本依頼書を受領した際は、速やかに事業主を経由して返却します。

(2) 元の勤務先

名称 _____

住所 _____

退職年月日 年 月 日

2.～8.に該当したとき、その理由状況を記入する(理由状況)記入例は欄外参照。

・2の記入例: 専業主婦になる、雇用保険の加入期間不足

・3の記入例: 保険料の納付期間が短い

・4の記入例: 配偶者の保険料納付期間が短い

・5の記入例: 元夫から養育費の送金はない

・6の記入例: 父から母への送金はない

・7の記入例: 病気療養中、求職活動中

記入日

京葉ガス健康保険組合理事長 殿

平成 27 年 3 月 13 日

上記の申し立て内容に相違ありません。 _____ 申請します。

【被保険者】

記号・番号 **101-123456**

保険証上部に記載の、記号・番号と、被保険者(ご本人)の氏名・印・住所

氏名 **健康 太郎**

住所 **千葉県〇〇市××町1-2-3**