

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

トピー健康保険組合 理事長 殿

雇用保険失業給付に関する申立書

被保険者氏名	健保 太郎	記号番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇〇
--------	-------	------	-------------

被扶養者の認定に関して、下記の通りであることを申し立てます。

被扶養者氏名	健保 花子	続柄	妻
退職日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
雇用保険 (失業給付) 1.2.3.4 いずれかに○	<ol style="list-style-type: none">受給資格がない(未加入または加入期間不足)のため、受給しません。求職活動をおこなわないため、受給しません。受給します。 (令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日頃まで待期期間となる見込みです。)受給延長の手続きを行っています。 (令和 年 月頃まで延長予定です。)		

- 基本手当日額が被扶養者の収入基準額(※)を超える雇用保険失業給付を受給することになった場合は、受給開始日をもって扶養削除の手続きをいたします。
- 受給開始後、扶養削除手続きをおこなわなかった場合は、受給開始日まで遡って資格を取り消すとともに、当該期間中に受けた医療費等を全額返還いたします。

※ 収入基準額(日額): 60歳未満の方は3,611円、60歳以上または障がい者の方は4,999円です。