

申立書

ネクステージグループ健康保険組合 理事長 殿

① 続柄 ② 対象被扶養者名

私の _____、_____ は _____ 年 _____ 月 _____ 日付で退職しました。

雇用保険失業給付について、

↓ 1) ～ 7) の中で被扶養者の状況に該当する番号を 1 つ ○ で囲むこと、添付書類をつけること

1) 受給資格がありません。

【雇用保険の受給資格について】

雇用保険に加入しており、離職前 2 年間に 11 日以上働いた月が 12 か月以上（離職理由が倒産や解雇の場合、
離職前 1 年間に 11 日以上働いた月が 6 か月以上）あれば、受給資格があります。

2) 受給資格はありますが、受給する意思が無く、公共職業安定所で手続きしていません。

※添付書類：離職票 1.2（コピー）を提出

3) 受給する意思はありますが、公共職業安定所へ出向いておらず、手続き未了です。

※添付書類：手続き完了後に雇用保険受給資格者証（コピー）を提出

4) 受給する意思があり、手続きしましたが、待機期間中等のため収入がありません。

※添付書類：雇用保険受給資格者証（コピー）

5) 病気・出産・育児等の理由により、受給期間の延長手続きをしました。

※添付書類：受給延長通知（コピー）

6) 受給中です。

※添付書類：雇用保険受給資格者証（コピー）（基本手当日額、受給開始日がわかるもの）

7) 受給済です。

※添付書類：雇用保険受給資格者証（コピー）（受給開始日、満了日がわかるもの）

よって、被扶養者として認定していただきたく申請いたします。

以上

年 月 日

保険証記号 _____ 番号 _____

③ 被保険者氏名 _____ ㊞