

雇用保険(失業保険)に関する申出書

(続柄) (氏名) の雇用保険の受給関係について次のとおり回答します。

健康保険被 保険者証の 記号・番号		被保険者 氏 名	㊟
-------------------------	--	-------------	---

●退職した会社等について次のことを記入してください。

1. 勤めていた会社等の名称、所在地及び勤めていた期間

(1)会社等の名称 _____

(2)会社等の住所 _____

(3)勤めていた期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで

2. 勤めていた会社等で、雇用保険(失業保険)に加入していましたか？どちらかに○をつけてください。

また加入していなかった場合はその理由をお知らせください。

雇用保険(失業保険)に加入して (いた・いない)

上記で加入していなかった理由 _____

●雇用保険(失業保険)に加入していた場合は、次のいずれかの番号に○を付し必要な書類を添付してください。

1. 現在、雇用保険(失業保険)を受給している。
2. 雇用保険(失業保険)を受給していたが、すでに受給期間が終了している。
3. 妊娠・出産・育児・病気等のため、受給期間を延長している。または申請する予定である。
4. 雇用保険(失業保険)を受給する予定であるが、まだ受給手続(求職の申込み)をしていない。
5. 雇用保険(失業保険)の受給手続きをしているが、現在待機中でありまだ受給していない。
6. 雇用保険(失業保険)の受給(求職の申込み)申請は今後もしない。

- ※ 1, 2, 5に該当する場合……受給資格者証(両面)の写を添付してください。
- 3 に該当する場合……受給延長通知書の写を添付してください。なお申請予定者は延長決定後に通知書の写しを送付してください。
- 4 に該当する場合……離職票の写し、または退職証明書を添付してください。
- 6 に該当する場合……退職証明書を添付してください。

※ 3, 4, 5に該当する場合は、お手数でも下記申立欄に署名・捺印をお願いいたします。

申 立 欄

上記のとおり、現在わたしは雇用保険(失業保険)を受給しておりませんので、被保険者の被扶養者として認定願います。なお雇用保険(失業保険)が受給開始となり基本手当日額が3,611円を超える(60歳以上については5,000円以上)場合は速やかに扶養削除の手続きをとることを申し立てます。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

㊟