

雇用保険に関する確認書

※ 該当の□にチェック記入し、必要な添付書類を別紙で確認のうえ提出してください。

1 雇用保険を受給します。

- ① 基本手当日額は 3,612 円未満（60 歳以上は 5,000 円未満）です。
- ② 給付制限後に雇用保険を受給します。
- ②-1 ハローワークにすでに申請済です。（ハローワーク求職申込年月日： 年 月 日）
- ②-2 これからハローワークに申請します。（申請予定年月日： 年 月 日）
申請後に雇用保険受給資格者証の写しを提出します。

2 雇用保険受給の意思はありません。 【受給しない理由： _____】

なお、予定を変更し雇用保険を受給することになり基準額を超えるときには、必ず被扶養者から外す手続きをします。

- ① 離職票の交付を受けましたが、再就職の意思がありません。
- ② 離職票の交付を受けていません。

3 雇用保険受給期間を延長。 （下記《理由》にチェック記入）

- ① 延長します。手続き終了後、速やかに公共職業安定所から交付された受給期間延長通知書の写しを提出します。なお、延長期間終了後に雇用保険の受給を開始したときは、必ず被扶養者から外す手続きをします。【受給延長予定： 年 月 日まで】

- ② 延長しました。

《理由》 1 妊娠・出産・育児のため（出産予定日： 年 月 日）

2 介護・看護のため（介護看護対象者氏名 _____ 続柄 _____）

3 病気・けがのため（傷病名： _____）

4 その他（具体的に記入： _____）

4 期間不足で受給できません。

5 雇用保険に未加入でした。

- ① 雇用保険の適用事業所ではありませんでした。
- ② 雇用保険が適用されない労働条件でした。
- ③ 雇用保険非該当の公務員でした。
- ④ その他（ _____ ）

6 受給終了しました。

7 その他 （状況を記入： _____）

横浜市職員共済組合理事長 様

横浜市職員共済組合の被扶養者として申告するにあたり、上記のとおり事実と相違ないことを確認のうえ届出します。

令和 年 月 日

認定対象者氏名 _____ 続柄 _____

職員番号 _____

所 属 _____ 市民病院診療科

組合員（自署） _____ 印