

任 継

雇用保険給付に関する申立書（退職者用）

（被扶養者で1年以内に退職した方、受給期間を延長している方は提出必須）

健康保険記号番号			—	
被保険者氏名				
申請対象者氏名	性別	続柄	生年月日	年齢
			昭・平 年 月 日	

1) 退職年月日、退職した会社名称

令和 年 月 日

2) 雇用保険加入期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・ 未加入

3) 雇用保険受給状況（①～⑤のいずれかに○を付け、（ ）の内容を記入してください）

① 受給終了（ 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日終了）

② 受給中（ 令和 年 月 日 ～ 現在まで受給中 支給残日数 日）

③ 受給予定（ 令和 年 月 日 求職の申込予定 ）

④ 受給しない（理由： 受給資格がない ・ 受給資格はあるが受給しない）

⑤ 受給延長（受給期間 令和 年 月 日まで延長 予定 ・ 手続済 ）

【特記事項】

今後、雇用保険失業給付を受給する場合は「受給資格者証（写し）」を提出いたします。
また、日額 3,612 円以上（配偶者以外の 19 歳以上 23 歳未満（当年 12 月末日年齢）は日額 4,167 円以上、60 歳以上は日額 5,000 円以上）の雇用保険失業給付を受給することになった場合は、ただちに扶養から外す手続きを行います。

受給開始後、扶養削除手続きを行わなかった（遅れた）場合は、受給開始日まで遡って被扶養者資格を削除することに同意いたします。

令和 年 月 日

住所

被保険者氏名（署名）

※ 添付書類：①受給終了、②受給中 ➡ 「雇用保険受給資格者証」の写し（全ページ）
⑤受給延長（手続き済） ➡ 受給を延長したことが確認できる書類の写し

オートバックス健康保険組合