

# 雇用保険に関する確認書

公立学校共済組合青森支部長 殿

雇用保険に関して次のこと（1. 又は2.）を申告します。

令和 年 月 日

所 属 所 名 \_\_\_\_\_

組 合 員 証 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

## 1 雇用保険の受給資格を具備している場合

私の（続柄）（氏名）は、退職のため現在収入がありません。将来、基準日額以上の雇用保険を受給する場合は、ただちに取消の申告を行うことを誓約します。

被扶養者氏名	
生 年 月 日	
離 職 年 月 日	
被 保 険 者 番 号	
事 業 所 番 号	
職 業 安 定 所 名	

## 2 雇用保険の受給資格を具備していない場合

私の（続柄）（氏名）は 令和 年 月 日付退職のため現在収入がありません。雇用保険に関しては、以下の理由で受給資格がないことを申し立てます。

ア. 公務員であったため。（勤務先：）

イ. 就業期間が短かったため。（12か月未満）

ウ. その他（）