

雇用保険に関する確認書

公立学校共済組合茨城支部長 殿

令和 年 月 日

所属所名

組合員氏名

(署名)

私の(続柄) (氏名) の下記の退職に係る雇用保険(失業保険)の状況は下記(1~4から選択)のとおりです。下記のとおり、現在失業給付を受給していません。

なお、被扶養者認定後に、基本手当日額 3,612円 以上の雇用保険の失業給付を受給開始した場合は、速やかに被扶養者の認定取消手続きを行うことを申し立てます。

◎ 事業所(会社)名

◎ 電話番号

◎ 退職年月日

() - _____

令和 年 月 日

- 1 退職したが、雇用保険に加入していなかったため受給資格は無い。
- 2 雇用保険に加入していたが、失業給付の受給要件を満たしていない。
- 3 雇用保険の受給資格を有するが、職業安定所に失業給付の受給手続きをしない。
(発行されている場合は**雇用保険被保険者離職票**のコピーを添付)

※ 手続きをしない理由(詳しく記入すること。)

◎ 被保険者番号

◎ その事業所を管轄する職業安定所

◎ 上記職業安定所の電話番号 () - _____

- 4 退職し、職業安定所に雇用保険受給の手続きをする予定(手続き中を含む)であるが、現時点では雇用保険の失業給付を受給していない。
(既に交付されている場合は**雇用保険受給資格者証**のコピーを添付)