

所属所名	組合員氏名
所属所コード	組合員番号

## 雇用保険及び傷病手当金の受給に関する申立書

令和 年 月 日

公立学校共済組合埼玉支部長 様

所属所名  
組合員氏名

私の（続柄） \_\_\_\_\_（氏名） \_\_\_\_\_ は、 \_\_\_\_\_ 年 月 日付け  
で退職したことを申し立てます。

なお、雇用保険及び傷病手当金に関して下記のとおり申告します。

### 記

#### 1 雇用保険について（※該当する項目に○印を付してください。）

(1) 雇用保険の受給資格を具備していますが、現在は受給していません。  
将来、雇用保険を受給するようになった場合には速やかに申告いたします。  
(日額3,612円以上の給付金を受給した場合、支給対象日初日に遡って取消しと  
なります。)

(2) 以下の理由により、雇用保険の受給資格を具備していません。

ア 公務員であったため（ただし、失業者の退職手当を受給する場合は（1）と  
同様、被扶養者資格を喪失します。）

イ 就業期間が短かったため（6か月未満）

ウ その他（ ）

#### 2 傷病手当金について（※該当する項目に○印を付してください。）

(1) 傷病手当金を受給しています。（日額3,612円以上の場合被扶養者として認定で  
きません。）

(2) 傷病手当金を請求しています。（日額3,612円以上の手当金が決定した場合、支  
給対象日初日に遡って取消しとなります。）

(3) 傷病手当金の受給資格を具備していません。

(4) 傷病手当金の受給資格を具備していますが、請求はしません。

(5) その他（ ）

（問合せ先）公立学校共済組合埼玉支部 資格管理担当 TEL:048-830-6694

1と2それぞれ該当項目に○