

雇用保険に関する確認書

公立学校共済組合東京支部長 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 番 号

枝番
(00)

氏 名

1 雇用保険の受給資格を具備している場合

〔雇用保険離職票、又は雇用保険受給資格者証のコピーを添付してください。〕

私の（続柄）（氏名）は、退職のため現在収入がありません。将来、雇用保険を受給する場合は、ただちに取消を申告することを誓約します。

※ 産休・育休代替教諭だった方は退職手当条例第13条第2号により雇用保険相当額が支給される場合があります。該当する場合は必ず記入してください。

被 扶 養 者 氏 名 :
生 年 月 日 : 年 月 日
離 職 年 月 日 : 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

〔退職証明書の原本（公務員の場合は発令通知書の写し）を添付してください。〕

私の（続柄）（氏名）は、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 就業時間が短かったため

ウ その他