

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 6 年 4 月 3 日

所 属 所 名 東京都立新宿南口高等学校

組 合 員 番 号 01234567 枝番 (00)

氏 名 東京太郎

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） 妻 （氏名） 東京 花子 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 :	東 京 花 子
生 年 月 日 :	昭和 40 年 3 月 3 日
離 職 年 月 日 :	令和 6 年 3 月 31 日
被 保 険 者 番 号 :	5999 - 999999 - 9
事 業 所 番 号 :	0123 - 456789 - 0
職 業 安 定 所 名 :	新宿公共職業安定所

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