被扶養者に係る雇用保険受給等の確認書

所 属 所 名	記号	企業	番	号		組	合	員	氏	名
被扶養者氏名		生	年	月	日				続	柄
	昭和	年			†	н	,			
	平成	4	•	月		日				

雇用保険受給等の状況

以下の1~3の該当する番号に○をつけ、添付書類と併せて報告してください。

1 雇用保険の受給金額が被扶養者の日額基準額内(基本手当日額等 3,611円以下。 ただし、60歳以上の方は4,999円以下。)

【添付書類】 雇用保険受給資格者証の写し

2 雇用保険の受給期間の延長

次回調査年月: 年

受給予定年月: 年 月頃

【添付書類】 雇用保険受給期間延長通知書の写し

- 3 その他 ※以下の(1)~(5)の該当する番号に○をつけてください。
 - (1) 受給の意思なし 【添付書類】 雇用保険被保険者離職票-1及び-2の原本
 - (2) 一時金での受給 【添付書類】 雇用保険受給資格者証の写し
 - (3) 就職 【添付書類】 給与支払等証明書
 - (4) 学生 【添付書類】 学生証の写し
 - (5) 受給資格なし ※①か②に○をつけてください。添付書類は不要です。
 - ① 雇用保険に加入していなかった
 - ② その他 ※受給資格がない理由を必ず記入してください。 (例:被保険者期間が1年未満) 理由: (
- ※ <u>受給金額が被扶養者の日額基準額を超える時は、被扶養者の取消申告が必要となります</u> ので、速やかに手続きしてください。

処理月日:	月	日	整理番号:
摘 要			受付印