

雇用保険の受給に関する申立書

認定を受けようとする（氏名：_____）が日額3,612円以上の雇用保険を受給することになった時は、速やかに「被扶養者申告書（取消）」を提出することを申し立てます。

～雇用保険の状況について～

※ 該当する番号を○で囲み理由等を記入してください。

- 1 現在、雇用保険の受給権利がありますが、給付制限があり待機期間中のため、その期間について被扶養者の認定を申告します。
- 2 現在、雇用保険の受給権利がありますが、受給期間の延長をするため、延長期間について被扶養者の認定を申告します。

理由：病気・けが・妊娠・出産・その他(_____)

受給延長予定期間：_____年_____月_____日まで

- 3 現在、雇用保険の受給権利がありますが、権利を放棄するため、被扶養者の認定を申告します。

理由：(_____)

- 4 雇用保険被保険者期間が1年未満であるため、受給権利がないことを申し立てます。また、転職等の場合で、前職の期間とあわせても、受給権利はありません。

- 5 雇用保険には加入していません。

- 6 その他

理由：(_____)

地方職員共済組合奈良県支部長 殿

_____年_____月_____日

組合員氏名_____