

記号		番号	
所属機関名			
組合員氏名			

雇用保険の受給に関する証明書

_____ 公共職業安定所長 様

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

申請者 (旧姓 _____)

氏名 _____ 生年月日 _____

長野県市町村職員共済組合へ被扶養者の届出をするにあたり、申請日現在の私の雇用保険(失業等給付)の受給について証明願います。
(該当する項目に○及び記入をし、非該当部分を抹消願います。)

1. 雇用保険(失業等給付)の受給について

- ア 雇用保険の被保険者でなかった。
- イ 雇用保険の被保険者であったが、加入期間を満たしていない。
- ウ 受給手続きをしていない。(受給期間 満了している・満了していない)
- エ 受給期間を延長している。(延長開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- オ 受給手続きをしたが、次のとおり現在は受給していない。
 - ・ 給付制限期間中(給付制限期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで)
 - ・ 失業の状態でなくなった(①事由 _____ ②受給済 有・無)
 - ・ 支給終了
 - ・ 期間満了(受給済 有・無)
- カ 現在、失業等給付を受給している。
- キ その他(_____)

2. 受給済の雇用保険(失業等給付)について(有の場合)

- (1) 給付の種類
 - 基本手当・高年齢求職者給付金・特例一時金・就業手当
 - 再就職手当・常用就職支度手当・他(_____)
- (2) 基本手当日額 _____ 円
- (3) 受給済額 _____ 円
- (4) 給付期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
- (5) 残日数 _____ 日
- (6) 受給期間満了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 公共職業安定所長

