

雇用保険の受給に関する申立書

記号 - 番号	被保険者	
-	氏名	

つぎの者を被扶養者として認定いただきたくお伺いします。

被扶養者氏名	
雇用保険 (失業給付) 右の 1. 2. のいずれかに○	1. 受給しない 2. 受給期間の延長

今後、雇用保険の失業給付を受給することとなった場合は、ただちに扶養から外す手続きを行います。

失業給付受給開始後、扶養から外す手続きを行わなかった場合、受給開始日まで遡って資格を抹消するとともに、その間の医療費、その他の給付金等については全額返還いたします。

令和 年 月 日

(自署署名)

申立者氏名
(被保険者)

※(押印省略)

⑩

※(押印省略) 自署の場合または確認欄の要件に該当し☑を入れた場合は押印を省略できます。	
確認欄	この申立書については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申立者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申立者本人が確認している。