

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
				⑩
被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日			続 柄
	昭和 平成			

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収入限度額内（基本手当日額 3,611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

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

(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

※ 受給金額が被扶養者の収入限度額を超える時は、被扶養者の取消申告が必要となりますので、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

次回調査年月： 年 月

受 付 印