雇用保険受給に関する申立書兼同意書

1　雇用保険は受給しません。（受給しない理由；求職意思がなく、扶養に入るため）

a　**離職票が発行されています。**

※ ハローワークにおいて、受給を放棄または加入期間不足の旨を記載してもらった離職票１・２（法１３条不該当のゴム印が押されたもの等）の写しを提出してください。

b　**離職票ではなく、資格喪失確認通知書が発行されています。**

※ 資格喪失確認通知書の写しを提出してください。

c　**雇用保険に未加入でした。**

※ それを証明する書類（雇用契約書写し、給与明細等写し等）を提出してください。

d　**受給終了しました。**

※「支給終了」と記載された雇用保険受給資格者証の写しを提出してください。

2　給付制限期間終了後、雇用保険を受給します。受給を開始した場合で限度額（＊１）を超えるときは、速やかに扶養から外す手続きをします。

a　**ハローワークですでに求職の申し込みをしています。（申込年月日；　年　月　日）**

※ 雇用保険受給資格者証の写し（ある場合は離職票１・２の写しも併せて）提出してください。

b　**まだハローワークに申込手続をしていません。（申込年月日；　年　月　日）**

※ 離職票１・２の写しを提出してください。また、手続後は速やかに雇用保険受給資格者証の写しを提出してください。

3　雇用保険の受給期間を延長します。

次の理由により延長手続き済み、または延長手続き予定です。受給を開始した場合で限度額（＊１）を超えるときは、速やかに扶養から外す手続きをします。

※ 離職票１・２の写し、受給期間延長通知書の写しを提出してください。

a　妊娠・出産・育児のため（出産予定日；　　年　　月　　日）

b　病気・けがのため

c　その他（具体的に記入；　　）

（＊1）限度額：雇用保険基本手当の月額（＝基本手当日額×30）が 108,000 円を超える
（共済組合の被扶養者については、原則日額 3,562 円以上）場合

任命権者　様　　川崎市職員共済組合理事長　様

上記の申立内容に間違いありません。申立内容に虚偽のあった場合、受給開始後速やかに手続きを行わなかった場合は、扶養親族の資格が取消となっても異議ありません。また扶養認定後に任命権者・川崎市職員共済組合より、管轄の公共職業安定所（ハローワーク）へ、雇用保険の失業給付受給状況について照会し回答を求めることに同意します。なお、本書の写しも有効とします。

管轄公共職業安定所		雇用保険被保険者番号						―							―	

令和３年４月１日

職員コード　○○○○○○○○

職員署名　川崎　太郎

認定対象者署名　川崎　はなえ　（続柄　妻　）

※認定対象者の署名は必ず認定対象者が自署してください