雇用保険の基本手当(失業手当)受給に関する届出書

船場健康保険組合　御中

次のとおり申請いたします

扶養認定対象者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1、届出前の勤務先　　会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤務年数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2、失業給付の受給状況

(該当する欄に○)

・今後失業給付を請求する予定である。

職業安定所で求職の申し込みをする予定の日

平成　　年　　月　　日

・失業給付の受給が満了・終了した。　　満了・終了

平成　　年　　月　　日

・失業給付を請求する予定はない。

3、待機期間について　　平成　年　月　日～平成　年　月　日

＊添付書類

・離職者票の１及び２

なお、離職者票の交付を受けていない方は、その理由をお書きください。

(　　)

申請日　　平成　　年　　月　　日

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞