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　　健保　愛子

1、届出前の勤務先　　会社名　株式会社○○○○

住所　東京都中央区○○○○

勤務年数 ○年

TEL　03－0000－0000

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　　健保　太郎　　健保