

# 雇用保険の受給に関する証明書

記号		番号	
所属機関名			
組合員氏名			

公共職業安定所長 様

平成 年 月 日

住所

申請者

(旧姓 )

氏名

印

生年月日 昭平

長野県市町村職員共済組合へ被扶養者の届出をするにあたり、申請日現在の私の雇用保険(失業等給付)の受給について証明願います。  
(該当する項目に○及び記入をし、非該当部分を抹消願います。)

## 1. 雇用保険(失業等給付)の受給について

- ア 雇用保険の被保険者でなかった。
- イ 雇用保険の被保険者であったが、加入期間を満たしていない。
- ウ 受給手続きをしていない。(受給期間 満了している・満了していない)
- エ 受給期間を延長している。(延長開始日 平成 年 月 日)
- オ 受給手続きをしたが、次のとおり現在は受給していない。
  - ・ 給付制限期間中(給付制限期間 平成 年 月 日まで)
  - ・ 失業の状態でなくなった(①事由 ②受給済 有・無)
  - ・ 支給終了
  - ・ 期間満了(受給済 有・無)
- カ 現在、失業等給付を受給している。
- キ その他( )

## 2. 受給済の雇用保険(失業等給付)について(有の場合)

- (1) 給付の種類  
〔 基本手当・高年齢求職者給付金・特例一時金・就業手当  
再就職手当・常用就職支度手当・他( ) 〕
- (2) 基本手当日額 円
- (3) 受給済額 円
- (4) 給付期間  
平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
- (5) 残日数 日
- (6) 受給期間満了日 平成 年 月 日

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

公共職業安定所長

印

※この証明書は、雇用保険受給資格者証をお持ちでない場合(紛失等を含む)に提出してください。