

(認定様式 3号)

雇用保険申告書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

認定対象者申請日：令和 年 月 日
扶養認定の申請にあたり雇用保険（失業給付）について下記の通り申告致します。

被保険者	保険証番号	—	被保険者氏名	印
	生年月日	昭和・平成： 年 月 日	男・女	年齢： 歳

認定対象者	対象者氏名		続柄：	男・女	年齢： 歳
	申請前の状況	会社名			
		入社年月日	平成・令和 年 月 日	在籍年数	年 ヶ月
退職年月日	平成・令和 年 月 日				

該当のカッコ欄 [] にチェック・記入欄は内容記載願います。

- [] (1) 雇用保険の受給を受けます。
[] ①受給手続が終了しているため「雇用保険受給資格者証」を提出します。
[] ②申請中のため離職票-2の写しを提出し、後日受給資格証の写しを提出致します。
[] ③雇用保険の受給期間を延長致します。
(延長期間：令和 年 月 日迄)
(延長理由)
[] ○出 産 (予定日：令和 年 月 日)
[] ○病 気 (病 名：)
[] ○その他 ()

〈添付書類〉 [] ○延長手続中のため離職票-2の写しを提出し、後日延長通知書の写しを提出致します。
[] ○離職票-2の写し・延長通知書の写しを提出致します。

- [] (2) 雇用保険の受給の意思はありません。 (下記のいずれかを添付して下さい。)
[] ①離職票の交付を受けないので、事業主の証明書 (雇用保険未加入・離職票未発行証明書) を添付致します。
[] ②離職票の交付を受けたが、再就職の意思がありませんので離職票-2の写しを添付の上申請致します。
[] ③離職票の交付を受けたが、雇用保険を受けずに就職活動をします。
離職票-2の写しを添付の上申請致します。
[] ④その他の理由 ()

- [] (3) 雇用保険非加入者
[] ①公務員 (退職証明書を添付して下さい。)
[] ②雇用保険非該当事業所 [事業主の証明書 (雇用保険未加入・離職票未発行証明書) を添付して下さい。]

- [] (4) 受給資格なし ○雇用保険の受給資格を満たさない為 [離職票-2の写し、又は、事業主の証明書 (雇用保険未加入・離職票未発行証明書) を添付して下さい。]

注：上記申告項目の内容に違反した場合は、当該期間中に受けた保険給付金の返却を請求する場合があります。