

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。

認定対象者 _____

1、届出前の勤務先 会社名 _____
住所 _____
退職日 平・令 年 月 日 _____
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
令和 年 月 日
- ・失業給付の受給が満了・終了した。 満了 ・ 終了
平・令 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・令 年 月 日～平・令 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。

(理由： _____)

申請日 令和 年 月 日

被保険者 _____ (印)