

雇用保険の受給に関する申立書

私の被扶養者 **共済 花子** は、令和 **7** 年 **5** 月 **31** 日 離職後、
令和 年 月 日 現在、

雇用保険を受給していないことを申し立てます。

なお、今後において上記の者が「被扶養者に係る所得基準」を超える額の雇用保険を受給することとなったときは、直ちに被扶養者の取消申告をします。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

香川県市町村職員共済組合理事長 様

組合員等記号・番号 **853** — **1000**

所属所名 **〇〇〇市**

氏 名 **共済 太郎**