

離職票等返還申請書

所属所名		組合員等 記号番号	—
組合員氏名		生年月日	昭和 年 月 日
被扶養者氏名		生年月日	昭和 年 月 日
申請理由 ※ 該当する項目の数字を○で囲んでください。			
1	雇用保険を受給するため		
2	雇用保険の受給期間延長手続きをするため		
3	その他 ()		
<p>上記のとおり離職票等の返還を申請いたします。</p> <p>山梨県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 組合員氏名 氏名</p>			

① 所属所名（市町村名、一部事務組合名）、組合員等記号番号、組合員氏名、被扶養者氏名、生年月日をそれぞれ記入してください。

② 該当する項目の数字に○を付けてください。3 その他に該当する場合は理由を記載してください。

③ 申請年月日、組合員の住所及び氏名を記入してください。

【注意事項】

- 基本手当日額が3,612円以上の雇用保険を受給する場合は、必ず被扶養者資格の取消手続きを行ってください。

《提出書類》

被扶養者申告書（取消）、組合員被扶養者証、支給期間や金額等が印字された雇用保険受給資格者証の写し（第1面・第3面）、国民年金第3号被保険者関係届（被扶養配偶者のみ）

- 被扶養者の資格を喪失している方及び退職から4年以上経過している方に係る本申請書の提出は不要です。電話連絡等によりお申し出ください。
- 雇用保険の受給状況については、当組合で情報照会を行い定期的に確認いたします。