

年 月 日

りそな健康保険組合 御中

保険証記号番号 _____ - _____

被保険者氏名 _____ (印)

所属事業所 _____

連絡先電話番号 _____

雇用保険受給辞退理由書

(氏名) _____ は、下記事由により雇用保険失業等給付を受給いたしませんので、
私の被扶養者として申請いたします。

なお、将来、失業等給付を受給する場合は、直ちに被扶養者から削除いたします。

記

1～6のいずれかを○で囲んでください

1. 出産に伴う退職のため
2. 病気に伴う退職のため
3. 受給資格がないため(雇用保険被保険者期間が短いため)
→ 在職期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで
4. 受給資格がないため(雇用保険未加入)
5. 求職活動しないため(就業の意思がないもの)
6. その他(理由を下欄に記入してください)

以上