附录2失业“一件事”联办申请表

申请业务类别：□申请失业登记 □申领失业保险金 失业登记编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人员基本信息 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | | | | 手机号码 | | | |  | | | |
| 民族 | |  | 学历 | |  | | | | 社会保障号码  （身份证号） | | | |  | | | |
| 户籍地址 | | 省 市 县（市、区） 乡镇（街道） 社区（村） | | | | | | | | | | | | | | |
| 常住地址 | | 省 市 县（市、区） 乡镇（街道） 社区（村） | | | | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 | |  | | | | | | 开户银行 | | |  | | | 户名 | |  |
| 失业原因 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **□与用人单位终止或解除劳动关系** | □用人单位提出解除劳动合同（含与劳动者协商一致或因劳动者违反法律、法规或严重违反用人单位规章制度的）；  □因用人单位违反劳动合同及相关法律、法规规定，劳动者提出解除劳动合同；  □劳动合同期满终止；  □事业单位提出解除聘用合同或被事业单位辞退、除名、开除的；  □因用人单位被依法宣告破产、吊销营业执照、责令关闭、撤销或者提前解散而终止劳动合同；  □因劳动者意愿提出解除劳动合同或聘用合同（含与用人单位协商一致的）；  □劳动者依法享受养老保险待遇或达法定退休年龄。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □终止创办企业、个体工商户、民办非企业等 □毕业(肄业)生 □终(中)止灵活就业  □军人退出现役且未纳入国家统一安置 □农村劳动力土地被征用  □刑满释放、假释、监外执行 □其它原因 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 终止或解除劳动关系时间 | |  | | | | 失业前工作单位 | | | | |  | | | | | |
| 求职意向（□有□无） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所求工种 | | 1、 2、 3、 | | | | | | | | | | | | | | |
| 失业前参加  基本医保情况 | | □参加职工基本医疗保险 □其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否需要打印  《就业创业证》 | | □是 □否 | | | | | 《就业创业证》  送达方式 | | | | | □自取 □邮寄送达 | | | | |
| 收件人姓名 | |  | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | | |
| 收件地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保信息（含视作和外地转入缴费时间） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | | | | 社保编码 | | | | | | 参保年月 | | | | | 停保年月 | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | 视作缴费 | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | 外地转入缴费 | | | | | |  | | | | |  | |
| 缴费时间合计月数： 个月 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上次剩余待遇： 个月；外地转入待遇： 个月。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请承诺  本人承诺以上内容真实有效无误，同意将身份证号及银行卡信息交由银行进行验证，在领取失业保险待遇期间重新就业（包括领取营业执照自主创业）的，十五日内主动告知经办机构，若出现提供信息与实际情况不一致，冒领失业保险待遇情形的，自愿退回待遇并承担相应责任。  申请人（签字）：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经办机构审核意见 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经初步核定，该申领人可享受待遇共 个月，发放时间从 至 ，当前失业保险金标准 元/月，职工基本医疗保险费标准 元/月。  （盖章）    年 月 日  经办人（签字）： 复核人（签字）： 审核人（签字）： | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.经办机构做出办结后根据申请人表中填写的手机或地址短信或者邮寄送达；

2.本表一式两份，申请人和经办机构各执一份。