

雇用保険の適用に関することの証明書

下記の者の雇用保険の適用関係は以下のとおりであることを証明します。

(以下いずれかの番号に○印を記載)

1.

雇用保険の被保険者でない。
2. 短期雇用特例被保険者である。
3. 雇用保険の被保険者であった期間が1年未満である。

配偶者の雇用先に証明を受けてください。

記

フリガナ キョウサイ タロウ
氏 名： 共済 太郎

生年月日： 昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所： 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地

以上

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業所所在地	茨城県〇〇市〇〇町〇〇番地
事業所名称	〇〇〇〇株式会社
事業主名	〇〇 〇〇
連絡先電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者氏名	〇〇 〇〇