

賃金支払状況についての証明書

下記の者は、当事業所において雇用保険被保険者の資格を取得していますが、被保険者の子の誕生日以前2年間に賃金支払基礎日数が11日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が80時間以上の）完全月が12か月に満たないことを証明します。

記

被保険者の氏名	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎
被保険者の子の 出生年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
被保険者の子の誕生日以前2年間に賃金支払基礎日数が11 日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数 が80時間以上の）完全月の月数	○ か月

配偶者の雇用先に証明を受けてください。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

事業所所在地 茨城県○○市○○町○○番地

事業所名称 ○○○○株式会社

事業主名 ○○ ○○

連絡先電話 ○○○-○○○-○○○○

担当者氏名 ○○ ○○