

雇用保険被保険者でないことの証明書

下記の者は、雇用保険被保険者でないことを証明します。

記

フリガナ 氏 名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所	〒

令和 年 月 日

公立学校共済組合兵庫支部長 様

事業所名

所在地

事業主名

担当者氏名

電話