

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有していますが、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)			
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

令和 年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
連絡先電話	
担当者氏名	