

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)		
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 _____