

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 生年月日	年	月 日
被保険者番号	—	—
被保険者の子の 出生年月日	年	月 日
被保険者の子の出生日以前 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	

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