

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

被保険者の名前	(フリガナ)		
被保険者の子の 出生年月日	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

年 月 日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
連絡先電話	
担当者名前	