

雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書訂正願（介護）

事業所番号	2301	—	—	休業等開始日	年	月	日
被保険者番号	—	—	—	氏 名			

訂正内容（正）

休業等を開始した日前の賃金支払状況等

⑦休業等を開始した日の前日に 離職したとみなした場合の被保 険者期間算定対象期間		⑧ ⑦の期 間にお ける賃 金支払 基礎日 数	⑨ 賃 金 支 払 対 象 期 間	⑩ ⑨の 基礎 日数	⑪ 賃 金 欄			⑫ 備 考
休業等を開始した日	月 日				①	②	計	
月 日～	休業等を開始した日の前日	日	月 日～	休業等を開始した日の前日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			
月 日～	月 日	日	月 日～	月 日	日			

上記（ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ）欄について訂正願います。

↑ 訂正箇所には○を付けてください。

令和 年 月 日

名古屋東公共職業安定所長 殿

事業所名
所在地
代表者名

※訂正事項に関する確認資料を添付してください。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話	安定所 決裁欄	所長	次長	課長	専門官	係