**使用人兼務取締役に関する確認書**

取締役氏名

雇用保険被保険者番号　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　 －

上記の者の役員報酬・賃金につきましては、

役員報酬月額　　　　　　　　　　　　円、労働者賃金月額　　　　　　　　　　　　円の金額を社内承認のうえ決定し、法人税申告においても決定どおり申告することを証明します。

また、労働条件・労働者賃金額の決定・労務管理等についても一般従業員と何ら変わりないことを併せて証明します。

なお、上記取り扱いに相違がある場合は、雇用保険被保険者資格を取り消すことに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

住 所

事業主 名 称

氏　名

福岡南 公共職業安定所長　殿