

# 雇用保険被保険者でないことの証明書

下記の者は、雇用保険被保険者でないことを証明します。

記

フリガナ

氏名：

\_\_\_\_\_

生年月日：

昭和・平成

年

月

日

\_\_\_\_\_

住所：〒

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

以上

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

\_\_\_\_\_