

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 _____