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