

# 同居の親族の雇用保険被保険者資格要件証明書

事業所番号		被保険者番号	
氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
従業員としての職務	部課長 ・ 工場長 ・ 支店長 ・ その他 ( )		
従業員としての 労務内容			
勤務状況	始業時刻 時 分 終業時刻 時 分 休憩時間 分	休日 有給休暇	1ヶ月 日 (年間 日) 有 ( 日)
勤務形態	常 勤 ・ 非常勤		
就業規則等の適用	1 適用無し 2 全部適用 3 一部適用	3 の場合の適用除外 条項	
労働者名簿の有無	有 ・ 無	賃金台帳の有無	有 ・ 無
出勤簿等の有無	有 ・ 無	社会保険被保険者 資格の有無	有 ・ 無
業務に従事するとき、事業主の指揮命令下に	ある ・ ない		
事業主と利益を一にする地位（取締役等）に	ある ・ ない		

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

事業所名  
所在地  
事業主名

印

鳥取公共職業安定所長 殿

※ 公共職業安定所記載欄

資格（ 取得 ・ 喪失 ）年月日	平成 年 月 日
(1) 賃金台帳	取得 する
(2) 出勤簿	により を確認
(3) 労働者名簿	喪失 しない
(4) 登記簿（写）	
(5) その他関係書類（ ）	
確認しない理由	