

コピーして使用してください。押印した原紙を添付してください。
この書類は減免対象になる方で雇用保険被保険者証の代わりに使用するものです。

----- 切り取り線 -----

雇 用 保 険 加 入 証 明 書

受検者氏名	
受検者現住所	
生年月日	年 月 日
入社年月日 (自営業の方は、現在の屋号で仕事を開始された時期)	年 月
雇用保険の有無	有 ・ 無

切り取り線

上記の者が、当社に在籍しており、雇用保険に加入していることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

会社名

代表者名

印