賃金支払状況についての証明書

下記の者は、当事業所において雇用保険被保険者の資格を取得していますが、被保険者の子の出生日以前２年間に賃金支払基礎日数が11日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が80時間以上の）完全月が12か月に満たないことを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者の氏名 | （フリガナ）　　　　**××××　××××****○○　○○** |
| 被保険者の子の出生年月日 | 令和　　**○**　年　　**○**　月　**○○**　日 |
| 被保険者の子の出生日以前２年間に賃金支払基礎日数が11日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が80時間以上の）完全月の月数 | **９**　か月 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和**○**　年　**○**月　**○○**　日

　　　　　事業所所在地　**○○市□□町×丁目××－××**

　　　　　事業所名称　　**○○株式会社**

　　　　　事業主名　　　**□□　□□**

　　　　　連絡先電話　　**XXXX – XX - XXXX**

　　　　　担当者氏名　　**△△　△△**