雇用保険被保険者でないことの証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | フリガナ |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　生 |
| 住所 | 〒 |

上記の者が雇用保険被保険者でないことを証明いたします。

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称： |  |
| 代表取締役： |  |
| 所在地： | 〒 |
| 電話番号： |  |