

事業主 殿

※証明日は退職日以降の日付をお願いします。

今般、ジェイテクト健康保険組合へ被扶養者の認定申請に必要なため、下記について証明をお願いいたします。

依頼人	住所						
	氏名		⑩	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月

ジェイテクト健康保険組合 理事長 宛

雇用保険加入状況証明書

氏名	
入社日	昭和・平成・令和 年 月 日
退職日	平成・令和 年 月 日
雇用保険について	加入していなかった ・ 加入していた ↓(理由) <input type="checkbox"/> 当事業所が雇用保険適用事業所でないため <input type="checkbox"/> 依頼人の雇用形態が雇用保険の被保険者に該当しないため <input type="checkbox"/> その他()

依頼人について、雇用保険に関する加入状況は上記のとおりであったことを証明します。

(証明 日) 令和 年 月 日

(事業所住所)

(事業所名称)

(事業主氏名)

⑩

(電話番号)

ご記入にご協力いただきありがとうございました。

ジェイテクト健康保険組合
(様式K-⑤)2019.05