「育児休業支援手当金請求書」に係る配偶者の状態欄の『７』に該当し、かつ、「配偶者が育児休業等をすることができないことの申告書」の必要書類とされている場合にご提出ください。

雇用保険の適用に関することの証明書

下記の者の雇用保険の適用関係は以下のとおりであることを証明します。

（以下いずれかの番号に〇印を記載）

１．雇用保険の被保険者でない。

２．短期雇用特例被保険者である。

３．雇用保険の被保険者であった期間が１年未満である。

記

フリガナ

氏　　名：　共済（キョウサイ）　太郎（タロウ）

生年月日：　昭和・平成　〇〇年〇〇月〇〇日

住　　所：　〒〇〇〇－〇〇〇〇

〇〇市〇〇町〇丁目〇－〇

以上

令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所所在地　〇〇市〇〇町〇丁目〇－〇

事業所名称　〇〇〇商事株式会社

事業主名　〇〇　〇〇〇

連絡先電話　（〇〇〇）－〇〇〇－〇〇〇〇

担当者氏名　〇〇　〇〇