

雇用保険未加入・離職票未発行証明書

退職者氏名	健 保 花 子
生 年 月 日	昭和 平成 XX 年 X 月 X 日
入社(雇用開始)年月日	平成 令和 X 年 X 月 X 日
退職(雇用終了)年月日	平成 令和 X 年 X 月 X 日

上記の者については、

- 1 雇用保険法による雇用保険に未加入であったことを証明します。
- 2 雇用保険法施行規則第7条第2項により離職票の交付を希望しないので、離職票を交付していないことを証明します。
- 3 雇用保険法第6条第4号および雇用保険法施行規則第4条第1号により。雇用保険法適用除外者であり、離職票は交付していません。
- 4 被保険者期間が6ヵ月ないため、雇用保険受給資格がありません。

または、

理由 _____

離職票を発行していません。

であったため、

雇用保険に未加入です。

令和 XX 年 X 月 X 日

住 所 申請する被扶養者が
名 称 勤務していた
事業主の証明

代表者名
(勤務先から証明をもらってください。)

