

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○印を記載してください。)

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

氏 名： (フリガナ)

生年月日： 年 月 日

住 所： 〒 -

以上

上記の記載事実には相違ありません。

令和 年 月 日

群馬県市町村職員共済組合理事長 様

事業所名

所在地

事業主名

連絡先電話

担当者氏名