**賃金支払状況についての証明書**

下記の者は、当事業所において雇用保険被保険者の資格を取得していますが、被保険者の子の出生日以前２年間に賃金支払基礎日数が11日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった時間数が80時間以上の）完全月が12か月に満たないことを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者の氏名 | （フリガナ） | |
| 被保険者の子の  出生年月日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | |
| 被保険者の子の出生日以前２年間に賃金支払基礎日数が  １１日以上ある（ない場合は賃金の支払いの基礎となった  時間数が８０時間以上の）完全月の月数 | | か月 |

上記の記載事実に相違ありません。

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