

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、被保険者の子の誕生日以前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
被保険者の子の誕生日以前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

上記の記載事実と相違ありません。

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	