

(和暦)

年 月 日

I H I グループ健康保険組合 行

所在地

会社名

電話番号

雇用保険未加入証明書

標記の件、下記のとおり証明します。

記

1. 対象者氏名

(和暦)

(和暦)

2. 就労期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(和暦)

3. 退職日 年 月 日

4. 雇用保険未加入の事由 (該当する事由に「✓」を入れてください。)

☐

弊社が雇用保険の適用事業所となっていないため。

☐

雇用保険の加入要件に該当しないため。

以 上