

(和暦)

×× 〇〇 年 4 月 2 日

I H I グループ健康保険組合 行

所在地	東京都中央区佃9丁目10番11号
会社名	株式会社 けんこう 印
電話番号	03 (9999) 8888

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

健保 組子

(和暦)

(和暦)

2. 就労期間 ×× 〇〇 年 4 月 1 日 ~ ×× 〇〇 年 3 月 31 日

(和暦)

3. 退職日 ×× 〇〇 年 3 月 31 日

4. 雇用保険未加入の事由 (該当する事由に「レ」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