

## 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<br>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<br>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<br>が80時間以上の）完全月の月数 | か月     |   |     |

上記の記載事項は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

山口県市町村職員共済組合理事長 殿

|        |  |
|--------|--|
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名称  |  |
| 事業主名   |  |
| 連絡先電話  |  |
| 担当者氏名  |  |