

雇用証明書

支部番号

09

※裏面も必ずお読みください。

組合員番号

氏名

住所

生年月日 昭和・平成 年 月 日

雇入日 昭和・平成・令和 年 月 日

上記の者については本事業所で雇用しており、労働災害が発生したときは労働者災害補償保険法に定める補償を行います。

令和 年 月 日

組合員番号

事業所名

事業主名

⑩

事業所所在地

労働保険番号

- ・この証明書は、三重県建設国民健康保険組合の保険料算定に使用されます。
- ・⑩は、法人の場合は代表者印を使用してください。

事業主の皆様へ・・・組合加入資格を確認するため、下の区分も記入してください。

事業所に雇用保険は
ありますか？

・あ る

・な い

※上記の者が該当する雇用形態に○印をつけてください

1. 雇用保険を適用させている
2. 雇用保険を適用させているが、他の労働者と比較して労働日数または労働時間が少ないため厚生年金を適用できない
3. 雇用保険を適用していない
4. 下請けの労働者である

(下請事業所名)