

F U J I 健康保険組合 御中

## 雇用保険未加入証明書

令和 年 月 日

氏 名：

生年月日： 年 月 日生

上記の者は、当社で 年 月 日より 年 月 日まで

就業していましたが、その間雇用保険には加入していなかったことを証明致します。

事業所所在地 〒

名称

代表者等氏名

電話