

(様式 扶-3)

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

雇用保険未加入・離職票未発行証明書

(※ 退職時の会社で証明をもらってください)

退職者氏名	健 保 花 子 男・女
生 年 月 日	昭和 XX 年 X 月 X 日 平成
退 職 年 月 日	平成 X 年 X 月 X 日 令和

上記の者については、

- 雇用保険法による雇用保険に未加入であったことを証明します。
- 雇用保険法施行規則第7条第2項により離職票の交付を希望しないので、離職票を交付していないことを証明します。
- 雇用保険法第6条第4号および雇用保険法施行規則第4条第1号により。雇用保険法適用除外者であり、離職票は交付していません。
- 被保険者期間が6ヵ月ないため、雇用保険受給資格がありません。

または、

理由

離職票を発行していません。

であったため、

雇用保険に未加入です。

令和 年 月 日

住 所 申請する被扶養者が
今まで勤務していた
名 称 事業主の証明

代表者名

印