

証 明 願  
<雇用保険>

申請者

申請者の  
生年月日 ( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日生まれ

東京瓦斯健康保険組合に扶養家族の申請をしますので、下記の項目について証明していただきたくお願いいたします。

## (事業主証明欄)

東京瓦斯健康保険組合 理事長殿

下記のとおり、相違ないことを証明します。

証明項目	証 明 内 容
申請者の 入社年月日	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日
申請者の 退職年月日	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日
雇用保険	A 雇用保険未加入
	B 雇用保険加入
	加入期間： 資格取得日 年 月 日
	離職年月日 年 月 日
	ア. 「離職票」発行済 発行年月日： 年 月 日
	イ. 「離職票」未発行 理由 ( ) 発行予定日： 年 月 日

年 月 日

住 所

事業主

(会社名)

電 話

記入担当者

印