

(認定様式 4号)

雇用保険未加入・離職票未発行証明書 オリンパス健康保険組合理事長 殿	常務理事	事務長	課長	担当者

認定対象者申請日：令和 年 月 日

退職者氏名	印			男・女
退職日	平成・令和： 年 月 日			
生年月日	昭和・平成： 年 月 日	続柄：	年齢： 歳	
住所				

上記の者については、(※以下、該当する内容に「○」をつけてください。)

1. 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致します。
2. 雇用保険法施行規則第7条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。
3. 雇用保険法第6条及び雇用保険法施行規則第4条により、雇用保険法適用除外者であり、退職票は交付していません。
4. 雇用保険法第13条に該当せず、雇用保険受給対象外のため、離職票は交付していません。

令和 年 月 日

住所 _____

会社名 _____

代表者名 _____ 印