201906

雇用保険育児休業開始時賃金月額証明書作成依頼書

事業所名		フリガナ	
		被保険者氏名	
担当者名			
電話番号		被保険者番号	
入社年月日	平令　年　月　日	賃金締切日	日締め
出産日	平令　年　月　日	産前休業開始日	平令　年　月　日
本人現住所	〒　－		
本人℡（注１）			

産前の休業開始月（最終月）を含めて前12ヶ月間記入して下さい

賃金支払月	労働日数（注２）	賃金額	通勤手当	年４回以上の賞与または特別の手当	
最終月	日	円	円	／	円
月	日	円	円	／	円
月	日	円	円	／	円
月	日	円	円	／	円
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		
月	日	円	円		

確認資料として、以下の書類のコピーを添付してください
①産前12カ月分の賃金台帳
②母子手帳（市区町村長の証明）
③支給対象期間に支払日のある賃金台帳
④支給対象期間の出勤簿又はタイムカード
⑤金融機関による確認印※

なお支給申請を伴わない場合は、①②だけ添付してください。

（注1）本人電話番号をご記入ください

（注2）労働日数欄の記入について
・月給制の場合は暦日数を、欠勤控除がある場合には『マイナス〇日』とご記入ください
・時給または日給の場合は、実労働日数をご記入ください

◎その他
・賃金月額証明書（B4茶）…本人印または自署
・受給資格確認票（A4　）…代表者印、記名押印または自署（自署は本人欄のみ可）、金融機関による確認印※
※通帳コピーでも可（金融機関と支店のコード、名称。口座名義人カナ、口座番号が確認できること）

労働保険事務組合
（一社）東京実業連合会
℡5652-8030 FAX5652-1880