様式第1号(第2条関係)(1)(表面)

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

雇用保険被保険者休業証明書―1

帳票種別 1 0 1 0 3

※修正項目番号

※①安定所番号

②被保険者番号

③事業所番号

管轄区分

④被保険者となった年月日(被保険者区分変更年月日)

休業者氏名

性別 (1 男 2 女)

生年月日(元号―年月日) (2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)

取得時(変更後)㊀被種類・区分 (1又は9 一　般 4又は5 高年齢 2又は3 短　期 11 高年齢(65歳以上))

事業所名略称

⑤休業年月日の前日 年 月 日

⑥喪失原因 4

⑦休業票交付希望 1

※⑧休業時㊀被種類 (3 季節)

※修正欄

⑨休業者の住所又は居所					
⑩被害状況の概要	(事業再開予定年月日　年　月　日)	⑪休業期間中の就業及び賃金支払の有無	有・無	年　月　日から 年　月　日まで 日分(　円)	年　月　日から 年　月　日まで 日分(　円)

⑫1週間の所定労働時間 (　)時間(　)分

上記記載は、事実と相違ないことを証明します。なお、別紙賃金支払状況を添付いたします。

年　月　日

事業主　住　所
　　氏　名
　　電話番号

公共職業安定所長　殿

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏　名	電話番号

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者	

休業票受領印	
交付番号	
交付年月日	

※

備考	
	確認通知　年　月　日