様式第10号の２の２

雇用保険被保険者 休業開始時賃金月額証明書 所定労働時間短縮開始時賃金証明書（安定所提出用）（介護・育児）

①被保険者番号	－　－	③ フリガナ		④休業等を開始した日の年月日	年　月　日 令和
②事業所番号	－　－	休業等を開始した者の氏名			
⑤名称 事業所所在地 電話番号		⑥休業等を開始した者の住所又は居所	〒 電話番号（　　）　－		

この証明書の記載は、事実に相違ないことを証明します。

事業主　住所

　　氏名　　㊞

自筆による署名した者の確認印又は休業等を開始し

休業等を開始した日前の賃金支払状況等

⑦休業等を開始した日の前日に離職したとみなした場合の被保険者期間算定対象期間 休業等を開始した日　月　日	⑧⑦の期間にお賃金支払基礎日数	⑨賃金支払対象期間	⑩⑨の基礎日数	⑪賃金額 Ⓐ	⑪賃金額 Ⓑ	⑪賃金額 計	⑫備考
月　日～休業等を開始した日の前日	日	月　日～休業等を開始した日の前日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				
月　日～　月　日	日	月　日～　月　日	日				

⑬賃金に関する特記事項		休業開始時賃金月額証明書／所定労働時間短縮開始時賃金証明書 受理 令和　年　月　日 （受理番号　　号）
⑭（休業開始時における）雇用期間	イ 定めなし　ロ 定めあり → 令和　年　月　日まで（休業開始日を含めて　年　カ月）	
※公共職業安定所記載欄		

雇用保険法施行規則第14条の３第１項の規定により被保険者の介護又は育児のための休業又は所定労働時間短縮開始時の賃金の届出を行う場合は、当該賃金の支払の状況を明らかにする書類を添えてください。

本手続は電子申請による申請が可能です。

なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本届書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

また、本手続について、事業主が本届書の提出に係る手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者が休業開始時賃金月額証明書／所定労働時間短縮開始時賃金証明書の内容について確認したことを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の（電子）署名に代えることができます。この場合の休業等を開始した者の確認印又は自筆による署名欄には、休業等を開始した者の確認印又は自筆による署名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

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
		㊞	

賃金月額証明書等受領印	

※

所長	次長	課長	係長	係

様式第十号の二の二、様式第十号の三及び様式第十号の四を次のように改める。