

記載内容に関する確認書
申請等に関する同意書
(育児休業給付用)

日付:

私は、下記の事業主が行う

記

- 雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書の提出について同意します。
- 育児休業給付の受給資格の確認の申請について同意します。
- 雇用保険法施行規則第 101 条の 13 の規定による育児休業給付金の支給申請について同意します(今回の申請に続く今後行う支給申請を含む。)
(該当する項目にチェック。複数項目にチェック可)

※ 本同意書の保存期限は、雇用保険法施行規則第 143 条の規定により本継続給付に係る完結の日から4年間とします。

事業所名称 国立大学法人 東京医科歯科大学

事業主氏名 学長 田中 雄二郎

被保険者番号

-

-

※不明であれば未記入で構いません。

職員番号

被保険者氏名

印

以上