

【事由A：死亡】戸籍謄本

見本

本籍	〇〇県〇〇市123番地4	
氏名	機構 太郎	
戸籍に記載されている者	【名】 太郎 【生年月日】 昭和〇年△月×日 【配偶者区分】 夫 【父】 機構 父 【続柄】 長男 【母】 機構 母	
除籍		
身分事項		
出生		
婚姻		
死亡	【死亡日】 令和〇年△月×日 【死亡時分】 午後〇時〇分 【死亡地】 〇〇県〇〇市 【届出日】 令和〇年△月×日 【届出人】 親族 機構 一郎	
戸籍に記載されている者	【名】 花子 【生年月日】 昭和〇年△月×日 【配偶者区分】 妻 【父】 奨学 父 【続柄】 長女 【母】 奨学 母	
身分事項		
出生		

これは、戸籍に記載されている事項の全部を証明した書面である。

令和〇年△月×日

〇〇市長 市長 太郎

〇〇市
長 印

【事由A：死亡】住民票（除票）

住民票		【除票】		住民票 コード		見本	
世帯主	機構 太郎						
氏名	キコウ イチロウ		生年月日	性別	続柄		住民となった年月日
	機構 一郎		昭和40年 1月 1日	男	子		平成 5年 8月 8日
住所	〇〇町3丁目4番地5号 △△マンション ××号室		住 定 年 月 日	平成 5年 8月 8日 転居 令和〇年 △月 ×日 死亡		届 出 年 月 日	平成 5年 8月 8日
							令和〇年 △月 ×日
本籍	〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番地			筆 頭 者	機構 太郎		

この写しは、住民票の原本と相違ないことを証明する。
令和 〇年 △月 ×日

〇〇市長
市長 太郎

〇〇市
長 印

診 断 書

見本

住 所 ○○県○○市123-4

氏 名 機構 太郎 殿

生年月日 XXXX年○月△日 生

病 名 脳出血

摘 要

令和○年△月×日上記発症。
同日より現在まで当院に入院加療中である。

○月○日に手術予定。
術後3か月間の入院期間、退院後3か月間の自宅療養および
リハビリテーション実施を要するため、
×月×日まで就労困難な状態である。

以下、余白。

上記の通り診断する。

令和○年△月×日

○○県○○市1-2-3

○○病院

TEL 000-000-0000

医師 奨学 太郎

奨学

見本

雇用保険受給資格者証

(第1面)

1. 支給番号	2. 氏名			
XX010-XX-000109-7	キコウ タロウ			
3. 被保険者番号	4. 性別	5. 離職時年齢	6. 生年月日	7. 求職番号
XX00-010XXX-2	男	YY	3-YY1016	12345
8. 住所又は居所				
9. 支払い方法				

【11, 12, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 34】のいずれかに該当すること

10. 資格取得年月日	11. 離職年月日	12. 離職理由
YY1201	YY1118	31
13. 60歳到達時賃金日額	14. 離職時賃金日額	15. 給付制限
	XXXXX	
16. 求職申込年月日	17. 認定日	18. 受給期間満了年月日
YY1201	1型-月	YY1118
19. 基本手当日額	20. 所定給付日数	21. 通算被保険者期間
XXXX	120	YY1118
22. 離職前事業所名		

交付 年 月 日

公共職業安定所長

公共職業安定所長印

注意事項

Large empty box for notes.

被保険者番号

求人番号

バーコード貼付欄

支給番号

バーコード貼付欄

(第2面)

【事由C：失職】雇用保険受給資格者証（裏面）】

(第3面)



写真欄

支給番号

XX010-XX-000109-7

氏名

トウ 知

行数	処理月日	認定（支給）期間	日数	種類	支給金額	残日数	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

行数	処理月日	認定（支給）期間	日数	種類	支給金額	残日数	備考
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							

(第4面)

【事由C：失職】雇用保険被保険者離職票-2

雇用保険被保険者離職票 - 2						
被保険者番号	4800-010566-2	氏名	キコウ 知ウ	離職	令和	年 月 日
事業所番号	4801-001186-9		機構 太郎	年月日	○ △ ×	
<div style="text-align: right; border: 2px solid black; padding: 5px; font-size: 24px; font-weight: bold;">見本</div>						
⑦離職理由欄						区分
離職理由						1A 1B 2A 2B 2C 2D 2E 3A 3B 3C 3D 4D 5E
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> 【1A, 1B, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, 3C, 3D】のいずれかに該当すること </div>						
事情記載欄（事業主用） 天災等の理由による解雇						
事情記載欄（離職者用） 同上						
選取された離職理由に異議 有り・無し						機構 太郎
						機構

雇用保険被保険者離職票 - 2						
被保険者番号	4800-010566-2	氏名	キコウ 知ウ	離職	令和	年 月 日
事業所番号	4801-001186-9		機構 太郎	年月日	○ △ ×	
離職の日以前の賃金支払い状況等						
算定対象期間	賃金支払対象期間	賃金額				
		A	B	計		
12月1日～離職日	12月21日～離職日	95,000				
11月1日～11月30日	11月21日～12月20日	200,000				
・	・	・				
・	・	・				
・	・	・				
					写真欄	

罹災証明書

見本

申請者 住所 ○○県○○市123-4
氏名 機構 太郎

罹災者氏名	機構 太郎		
罹災者住所	○○県○○市123-4		
世帯構成	氏名	続柄	年齢
罹災日時	令和 ○年 △月 ×日 ○○時××分ごろ		
罹災場所	○○市		
罹災原因	地震		
罹災物件	住宅		
罹災状況	半壊		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和○年 △月 ×日

○○市長

市長 太郎

○○市

給与明細

8月分

見本

支払日	2020/9/10
社員No	123456
氏名	機構 太郎

支払日の記載がある場合は、支払月の収入証明書として扱います。この場合は、9月分給与明細書となります。

勤 怠	出勤日数	勤務時間	欠勤日数
	20	160	
	残業時間	有給日数	

支給額		控除額	
基本給	129,026	健康保険	6,382
時間外手当		介護保険	
通勤手当	4,000	雇用保険	399
住宅手当		厚生年金	11,529
		所得税	1,240
		住民税	4,000
支払額合計	133,026	控除額合計	23,550

差引支給額	109,476
-------	---------