



## कर्मचारी राज्य बीमा निगम नौकरी का प्रमाण-पत्र

प्रमाणित किया जाता है कि यह व्यक्ति, जिसका ब्यौरा नीचे दिया गया है, हमारी नौकरी में .....  
से है और उसे स्थायी या अस्थायी कोई भी पहचान पत्र अभी तक नहीं दिया गया है।\*

अस्थायी पहचान पत्र दिया गया था जो कि खो गया/नष्ट हो गया है।\*\*

नाम .....

पिता/पति का नाम .....

घर का पता .....

विभाग .....

स्थानीय कार्यालय .....

घोषणा पत्र विवरणी का संदर्भ

किस्त संख्या ..... क्रम संख्या .....

बीमा संख्या (यदि आबंटित किया गया है) .....

परिवार के सदस्यों का विवरण

क्रम संख्या	नाम	जन्म तिथि	बी. व्यक्ति से संबंध	बी. व्यक्ति के साथ रहते हैं या नहीं
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

प्रमाण पत्र जारी करने की तारीख .....

यदि बीमाकृत व्यक्ति सेवा से

मुक्त किया जा चुका है तो तारीख .....

हस्ताक्षर

पद

बी. व्यक्ति के हस्ताक्षर या निशानी अंगूठा

नियोजक का नाम व कूट संख्या

सहित खबर की मोहर

\* जो लागू न हो उसे काट दें।

\* केवल उसी स्थिति में लागू है जहां यह प्रमाण पत्र, अस्थायी पहचान पत्र के खो या नष्ट हो जाने के स्थान पर जारी किया गया है।



# Employees' State Insurance Corporation CERTIFICATE OF EMPLOYMENT

Certified that the Person whose particulars are given below has been in our employment since ..... and neither a Temporary Identification Certificate nor a Regular Identity Card was issued to him but it is reported been issued to him/her so far.\*

to have been lost/destroyed\*\*

Name ..... Father's/Husband's Name .....  
Residential Address .....  
Name of Department .....  
Branch Office ..... opted .....

**Ref. to Return of Declaration Forms**

Instalment No.

Insurance No., if allotted

**Particulars of the members of the family**

Sl. No.	Name	Date of Birth	Relationship with the I.P.	Whether residing with the I.P. or not

Date of Issue of Certificate .....

In case the insured person is discharged, the date of discharge.....

Signature/L.T.I. of the Insured Person

Signature with designation

Rubber Stamp containing Name & Code No. of Employer

- \* Please strike out whichever is not applicable.
- \* Applicable only to cases where the Certificate is issued in lieu of the Temporary Identification Certificate having been lost or destroyed.