

取得用

大網白里市商工会 FAX 0475-72-8732

雇用保険被保険者資格（取得）連絡書

平成 年 月 日

事業所名													
被保険者名 性別	フリガナ										男・女		
雇用保険被保険者番号 (ある場合のみ)					-								-
マイナンバー (個人番号) ※必須					-								-
生年月日	年 月 日												
住 所													
取得年月日 (雇い入れ日)	年 月 日												
賃 金	1.月給（日給月給含む） 2.週給 3.日給 4.時間給 5.その他（歩合） 賃金見込み額（ 円/月）												
雇用形態	1.日雇 2.パートタイム 3.季節的雇用 4.有期雇用 5.正社員												
雇用期間の定め	1.無 2.有（ 年 月 日 ～ 年 月 日）												
職 種	具体的に記入して下さい（事務・運転手・土木工・販売員等）												
1 週間の 所定労働時間	時間/週 ※40時間/週未満の場合は労働条件通知書等の写しが必要になります。												
職 歴	会社名 在職期間												
	履歴書がある場合は履歴書（職歴欄）を添付												
外国人の場合 在留カードの写し(裏書きが あれば裏面も)を添付	国籍 ()	在留資格 ・技能実習 ・その他 ()	在留期間 年 月 日 ～ 年 月 日	資格外活動の有無 有・無	その他								

※やむを得ず6ヶ月以上さかのぼって取得される場合は、取得される方の賃金台帳（雇用保険料が徴収されているもの）・出勤簿（タイムカード可）、遅延理由書等が必要になります。なるべく早めのご連絡をお願いいたします。また、被保険者が外国人の場合は国籍・在留資格等を記載の上、在留カードの写しを添付して下さい。

喪失用

大網白里市商工会 FAX 0475-72-8732

雇用保険被保険者資格（喪失）連絡書

平成 年 月 日

事業所名														
被保険者名 性別	フリガナ										男・女			
マイナンバー (個人番号)					-						-			
生年月日	年 月 日													
住所 連絡先	住所													
	TEL													
喪失年月日 (離職)	年 月 日													
離職理由 (○を付けて下さい)	1.自己都合 2.会社都合 3.離職以外の理由 具体的内容 ()													
離職票交付希望	1.有 2.無 ↓ 有の場合、 <u>出勤簿(13ヶ月分)、賃金台帳(7ヶ月)</u> が必要となります。 ・支払方法 月給・日給月給・週給・日給・時間給・その他(歩合等) ・給料日 _____日 ・支払日 _____日													
離職票送付先	1.事業所(会社) 2.離職者本人宅 3.その他 ()													
喪失時の1週間の 所定労働時間	時間/週													

※日給月給・時間給等の場合は出勤日数が必要となり、離職年月日と賃金締切日が違う場合は、出勤簿またはタイムカードも必要となります。また、退職願等がある場合は、写しも併せて提出してください。(トラブル防止の為、退職願はなるべく貰うようにしてください。)