

お手数ですが下記ご記入、捺印後郵送にて返送ください。

返送先 〒160-0023

新宿区西新宿 7-2-6 西新宿 K1ビル 6F

関東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

平成 年 月 日

雇用保険被保険者資格取得手続依頼書

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

下記の者を平成 年 月 日付で採用しましたので雇用保険の被保険者資格取得手続をお願いします。

1週間の所定労働時間が20時間未満の場合は、雇用保険に入れません。

外国人労働者の場合は、外国人登録証明書に記載された氏名をそのまま転記していただき、フリガナも必ずご記入ください。

フリガナ
氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

性別 *男 *女 職種 _____

就業時間 平日 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)

土曜 時 分 ~ 時 分 (うち休憩時間 分)

但し土曜日は *毎週出勤 * ()週に ()回出勤 *出勤なし

一週間の出勤日数 ()日間

契約期間の定め 無し 有り (自 _____ 至 _____)

賃金支払の態様 月給 日給 (_____ 円) 時間給 (_____ 円)

賃金の締め日、支払日 (_____)日締め、当・翌月 (_____)日支払

賃金月額 ・通常賃金月額 _____ 円
・通勤手当月額 _____ 円 } 計 _____ 円

被保険者となった原因 新規雇用 (新規学卒) 新規雇用 (その他)

雇用保険被保険者証 無し 有 紛失

過去に雇用保険被保険者証が交付されている場合は、必ずこの用紙と一緒にご送付下さい。

雇用保険被保険者証を紛失している場合は、被保険者番号・前勤務先名等をご記入下さい。

・被保険者番号 _____
・勤務先名 _____
・勤務先住所 _____
・在職期間 _____年 月 ~ _____年 月

外国人労働者の場合 (外国人労働者とは、日本国籍を有しない者をいい、特別永住者並びに在留資格が「外交」及び「公用」の者を除きます。「技能実習生」を含みます。)

・国籍 (_____) ・在留資格 (_____)
・在留期限 (西暦 年 月 日まで) ・資格外活動許可の有無 (有・無)

雇用保険被保険者証を紛失された方は、雇用保険に加入されていた最後の勤務先に関し、右記4項目を分かる範囲でご記入下さい。

【ご参考】 別途書類の添付が必要な場合	賃金台帳 (写)	出勤簿又は タイムカード (写)	労働者名簿 (写)	雇用契約書等 (写)
資格取得手続が、入所日の翌月末を過ぎた時				
入所した者の1週間の所定労働時間が、20時間以上30時間未満の時				

注) 上記に該当する場合は、添付が必要な書類の写を同封してお送り下さい。

20時間未満の時は、手続不要です。