

お手数ですが下記ご記入・捺印後、原則個人番号提供表と一緒に郵送にて返送ください。

平成 年 月 日

返送先 〒160-0023 新宿区西新宿 7-2-6 西新宿 K1ビル  
開東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

### 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、在留カード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  
① 氏名 \_\_\_\_\_

② 生年月日 昭和・平成 年 月 日

③ 性別 \*男 \*女 ④ 職種 \_\_\_\_\_

⑤ 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

⑥ 一週間の出勤日数 ( ) 日間

⑦ 契約期間の定め イ. 無 ロ. 有 (※契約期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで ※契約更新条項の 有・無 )

⑧ 賃金支払の態様 イ. 月給 ロ. 日給 ( 円 ) ハ. 時間給 ( 円 )

⑨ 賃金の締め日、支払日 ( ) 日締め、当・翌月 ( ) 日支払

⑩ 賃金月額 ・通常賃金月額 \_\_\_\_\_円  
・通勤手当月額 \_\_\_\_\_円 } 計 \_\_\_\_\_円

⑪ 被保険者となった原因 イ. 新規雇用 (新規学卒) ロ. 新規雇用 (その他)

⑫ 雇用保険被保険者証 イ. 無 ロ. 有 ハ. 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ください。

※ 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ください。

・被保険者番号 □□□□ - □□□□□□□□ - □

・勤務先名 \_\_\_\_\_

・勤務先住所 \_\_\_\_\_

・在職期間 \_\_\_\_\_年 月 ~ \_\_\_\_\_年 月

⑬ 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)

・被保険者氏名(ローマ字)(アルファベット大文字でご記入ください。)

( )

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。

※下記に該当する場合は、必要な書類の写しを同封してお送りください。	賃金台帳又は給与明細(写)	出勤簿又はタイムカード(写)	労働者名簿(写)
資格取得手続が、入所日から6か月を過ぎた時、右記書類の内2点の提出が必要	○	○	○

