ご委託者専用様式3

**ご郵送の際は、記録の残る方法（特定記録等）でご送付くださいますよう、お願いいたします。**

令和　　　年　　月　　日

**社会保険労務士法人　開東社会保険労務事務所　宛**

**雇用保険被保険者個人番号提供表**

事務所名

個人番号取扱担当者名　　　　　　　　　　　　㊞

下記の個人番号は、当事務所の所員の番号であることを確認し、提供します。

令和　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　事務所御中

**個人番号報告書**

私の個人番号を報告します。

また、以下の利用目的のため、委託先である社会保険労務士法人　開東社会保険労務事務所に

個人番号を提供することに同意いたします。

ｱ　雇用保険被保険者資格取得届・資格喪失届の作成事務

ｲ　雇用保険被保険者の個人番号登録・変更届の作成事務

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名 | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |