

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
郵送またはメールにて返送ください。

返送先 〒160-0023 新宿区西新宿 7-2-6 西新宿 K-1ビル
関東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

令和 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

下記の者の雇用保険の被保険者資格取得手続をお願いします。なお、以下の個人情報を提供することに本人の同意を得ています。

※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。

① 資格取得日 令和 年 月 日

フリガナ

② 氏名 _____

③ 生年月日 昭和・平成 年 月 日

④ 性別 *男 *女 ⑤ 職種 _____

⑥ 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

⑦ 一週間の出勤日数 () 日間

⑧ 契約期間の定め イ. 無 ロ. 有 (※契約期間 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ※契約更新条項の 有・無)

⑨ 賃金支払の態様 イ. 月給 ロ. 日給 (円) ハ. 時間給 (円)

⑩ 賃金の締め日、支払日 () 日締め、当・翌月 () 日支払

⑪ 賃金月額 ・通常賃金月額 _____円 } 計 _____円
・通勤手当月額 _____円

⑫ 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)

⑬ 雇用保険被保険者証 イ. 無 ロ. 有 ハ. 紛失

※ 過去に交付された雇用保険被保険者証をお持ちの場合は、その写しを一緒にご送付ください。原本の郵送は不要です。

※ 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。

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3項目を分かる範囲でご記入下さい。

・被保険者番号

_____-_____-____

・勤務先名

_____年 月 ~ _____年 月

・在職期間

⑭ 事業主宛の返送物の送付方法 (紙での郵送 ・ データをメール送付)

⑮ 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。)
- ()
- ・在留カードの右上に記載されている 12 桁の英数字 ()

※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	○	○	○

