

＜労働保険事務組合連絡票 B＞※FAXでのお受付は出来ません 年 月 日記入

事業所名	担当者()Tel -
------	-------------

□労働者が60歳になった時 【継続被保険期間 5年以上】

対象者氏名	(ふりがな) 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ
対象者住所	〒
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□※写しがある場合は記入不要□開示不可
賃金の締切日	()日締 当月・翌月()日払い
必要な書類	<p>到達日からさかのぼって過去 13ヶ月分の賃金台帳と出勤簿 (1ヶ月の出勤日が 11 日以上なければ1ヶ月分ずつ増やしてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年齢確認書類の写し(免許証 パスポート 住民票など) ・マイナンバーカードの写し ・高年齢受給資格確認票に振込口座の確認印をもらい、(通帳のコピーも可) 事業所の名称と印鑑を押印ください。

□労働者が介護・育児休暇を取得する時

取得者氏名	(ふりがな) 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ
取得者住所	〒 電話番号() -
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□※写しがある場合は記入不要□開示不可
賃金の締切日	()日締 当月・翌月()日払い
必要な書類	<p>休暇開始日からさかのぼって過去 13ヶ月分の賃金台帳と出勤簿 (1ヶ月の出勤日が 11 日以上なければ1ヶ月分ずつ増やしてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカードの写し ・育児休業の場合は母子手帳のコピー(出産日と証明印が確認できる部分) ・介護休業の場合は介護休業申請書、住民票記載事項証明書(申請者と介護対象者が確認できる部分) ・育児(介護)休業給付受給資格確認票に振込口座の確認印をもらい、 (通帳のコピーも可)事業所の名称と印鑑を押印ください。

□被保険者証の再発行

氏名	(ふりがな) 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 生まれ