

事業所名	担当者名()TEL -	雇用保険番号
------	--------------	--------

□労働者(保険者)を雇い入れたとき 【翌月5日まで連絡】

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	〒
入社(適用)月日	年 月 日
必要な書類	入社日を証明できる出勤簿かタイムカード、マイナンバーの写し
確認事項	期間の定め なし あり(~)ある場合は雇用契約書 会社の役員で(ある ない) 経営者の同居親族で(ある ない)
区分	・新規学卒者(卒業後3ヶ月以内) ・新規就職者 ・再就職者 ・雇用時間変更
雇用保険番号	<input type="checkbox"/> 有(被保険者番号 □□□□-□□□□□□-□) <input type="checkbox"/> 不明(前勤務先)※正式な会社名 <input type="checkbox"/> 無
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□□□※写しがある場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 開示不可
賃金	<input type="checkbox"/> 月給制 1ヶ月()円 <input type="checkbox"/> 日給制 1日()円×1ヶ月()日 <input type="checkbox"/> 時給制 1時間()円×1日()時間×1ヶ月()日
1週間の所定労働時間	()時間()分 (20~40時間)
職種 (必ず選択)	1専門技術的職業 2管理的職業 3事務的職業 4販売の職業 5サービスの職業 6保安の職業 7農林漁業の職業 8運輸・通信の職業 9技能工・採掘・製造・建設の職業及び労務の職業

□労働者(保険者)が資格を喪失した時(退職・役員就任など)【5日以内に連絡】

喪失者氏名	(ふりがな)
喪失者住所	〒
退職月日(退職日当日)	年 月 日
退職(喪失)事由	自己都合 他() ・雇用時間変更
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□□□※写しがある場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 開示不可
必要な書類	退職日から遡って過去13ヶ月分の賃金台帳と出勤簿、マイナンバーの写し (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) ・定年退職の場合は、就業規則 ・期間の定めある場合は雇用契約書
離職票等の送付先	事業所 ・ 本人
賃金の締切日	()日締 当月・翌月()日払い
1週間の所定労働時間	()時間()分 (20~40時間)
補充採用の有無	有 ・ 無

□労働者(保険者)の氏名変更

変更後氏名	(ふりがな)
変更前氏名	
氏名変更月日	年 月 日
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□□□※写しがある場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 開示不可
必要な書類	氏名変更を証明するもの(免許証 住民票 労働者名簿)