雇用保険取得手続依頼書

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名		フリガナ	
住　所	〒　　－		
生年月日	S・H　　年　　月　　日	性　別	男　　・　　女
雇入年月日	令和　　年　　月　　日		
給　与	月額　　万円	給与形態	月給・日給・時間給・その他（　　）
契約期間の定め	有・無	有の場合　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日まで	
被保険者番号	－　　－		わからない　・無し（ 新卒・その他）
※被保険者番号がわからない場合　前勤務先名			
１週間の所定労働時間	時間／週		
仕事内容（職種） （○をつけてください。）	①管理　②専門・技術　③事務　④販売　⑤サービス　⑥保安 ⑦農林・漁業　⑧生産・工程　⑨輸送・機械運転　⑩建設・採掘 ⑪運搬・清掃・包装　⑫その他（　　）		

個人番号（マイナンバー）			

＊雇用保険の手続きには、個人番号の記載が必要です。
＊この個人情報は、雇用保険の手続き以外には一切使用いたしません。
＊個人番号の提供を受ける際には、本人確認を必ず行って下さい。

・雇用保険被保険者（１週間の週の所定労働時間が２０時間以上、１か月以上継続して雇用）となる労働者を新たに雇用したときに提出します。
・必要書類を添付の上、下記へ持参または郵送、FAXにてご提出ください。

【必要書類】

□　雇用された月の出勤簿、またはタイムカード（コピー可）

□　労働契約書　（契約期間の定めがある方のみ）

＊事業主と同居の親族で　ある・ない
　　役員で　　ある・ない

※この文書はコピーしてお使い下さい。

【お問合せ先】白河商工会議所
〒961-0957 白河市道場小路96-5
電話番号　0248-23-3101
ＦＡＸ　0248-22-1300

※事務組合記入欄	受付	届出	通知

事業所No.　　－　　－