

雇用保険資格取得連絡票

下記にご記入のうえ(必須提出の労働者名簿に記載のある箇所は省略可)、提出書類を添えて、提出してください。
(ただし、**個人番号(マイナンバー)**は電話等でお知らせください)

提出日:令和 年 月 日

事業所名	事業所 TEL		
	担当者名 (連絡のつく電話番号)		
フリガナ			
被保険者名	資格取得日		令和 年 月 日
	事業主または代表者と同居 はい いいえ ※外国人の方は在留カード(両面)の写しを添付		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男 女
前職	1. あり	(被保険者番号) _____ - _____ 被保険者番号がわからない場合は下記に前勤務先をご記入ください _____ _____	
	2. なし	(1. 新規学卒 2. その他)	
雇用形態	1. 常用 2. パートタイム 3. 季節的雇用 4. 派遣労働者 5. 有期契約労働者		
賃金形態	1. 月給(日給月給含む) 2. 週給 3. 日給 4. 時間給 5. その他		
賃金見込	月額_____千円 ※各種手当(通勤交通費・扶養・皆勤等)を含めた1ヶ月あたりの総支給額		
一週間の 所定労働時間	_____時間_____分(_____時間 × _____日) ※労働基準法の定めにより、「1週間の所定労働時間は 40時間以内」となっております		
契約期間の 定め	1. あり → 雇入通知書等の写しを添付	職種	01 管理的職業 07 農林漁業の職業 02 専門的・技術的職業 08 生産工程の職業 03 事務的職業 09 輸送・機械運転の職業 04 販売の職業 10 建設・採掘の職業 05 サービスの職業 11 運搬・清掃・包装等の職業 06 保安の職業 ※該当する番号へ○印
	2. なし		
個人番号 (マイナンバー)	※マイナンバーを記載された場合はFAX・メール不可。郵送、または窓口提出をしてください。		

【注意事項】

- ・ご記入いただいた情報は雇用保険の取得・喪失手続きに係る事務でのみ使用します。
- ・個人番号をFAX等で提出された場合の番号漏洩につきましては責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・個人番号記載に伴う本人確認(本人情報と個人番号の照合)は事業所にて行ってください。
- ・雇用保険に加入できる方は「1週間の所定労働時間が 20 時間以上かつ 31 日以上雇用する見込みがある場合」です。
- ・入社日から3カ月を経過しての資格取得は、その間の出勤簿・賃金台帳の写しを提出してください。
- ・一般の労働者より就労時間が短い方・派遣労働者の方は、雇入通知書等の写しを提出してください。
- ・外国人労働者の場合は、在留カード(両面)の写しを提出してください。その際、在留資格と在留期間にご注意ください。