

松戸商工会議所 労働保険事務組合
〒271-0092 千葉県松戸市松戸1879-1 TEL : 047-364-3111

雇用保険資格取得手続連絡票

※個人番号を必ず記載し、ご郵送もしくはご持参にて提出下さい(FAX不可)

連絡日: 令和 年 月 日

★ 該当するものに○をつけてください。

- I. 1週間の所定労働時間が、30時間以上の労働者(パート・アルバイトを含む。)※試用期間含む
 II. 1週間の所定労働時間が、20時間以上30時間未満で、31日以上継続して雇用される見込みの労働者(パート・アルバイトを含む。)※試用期間含む
 III. 4ヶ月を超え、1年未満雇用される見込みの、季節的労働者。(手帳が必要です)
 IV. 外国人(特別永住者を除く)の場合には、外国人登録証明書・資格外活動許可書の記載事項の確認と別途届出用紙が必要です。詳細は事務組合にご連絡ください。

雇用期間に定めがある方、所定労働時間が正社員等に比べて短い方は「雇用契約書(労働条件通知書)」も提出してください

★ 事業所について

① 事業所名

② 電話番号

③ FAX番号

④ 問合せ担当者

★ 雇用した従業員について

⑤ 氏名

※ どちらかを○で囲む
 取締役役員である はい・いいえ
 家族従業員である はい・いいえ

⑥ 氏名のふりがな

⑦ 生年月日 昭和 平成 年 月 日 男・女

⑧ 住所

⑨ 雇用保険資格取得日 令和 年 月 日

⑩ 給料賃金の計算単位 月給 ・ 日給(日給月給を含む) ・ 時給(時給月給を含む)

⑪ 給与見込み額(1ヶ月当りの通勤手当等の諸手当を含む、総支給額)

月額 円

⑫ 雇用形態 正社員 ・ パート・アルバイト ・ 季節的雇用

⑬ 入った人が担当する仕事の内容(事業所の業種ではありません)

⑭ 1週間の所定労働時間 1週間に 時間 (週40時間を越えることはできません 休憩時間は除いて計算してください)

⑮ 区分 転職者(⑰または⑱欄を記入してください) ・ 新規学卒

⑯ 個人番号(マイナンバー) 12ケタ

⑰ 雇用保険被保険者番号

⑱ ⑰の番号が不明の時は、過去の勤務先を分かるもの全て、旧姓がある場合には併せてご記入ください

会社名

旧姓等

※個人番号(特定個人情報)の取扱いについては、番号法に基づく安全管理措置を講じており、被保険者資格喪失後、法定調書法定保存期間(4年)経過後1年以内に復元不能な形で本書類を廃棄致します。