

【事務組合処理欄 記入しないでください】							2019.04.15ver	
取得	受付		入力		届出		廃棄	

労働保険事務組合 桑名商工会議所

〒511-8577 桑名市桑栄町1番地1

電話：0594-22-5155

FAX：0594-25-8577

労働保険事務組合用の専用番号です。

商工会議所の代表FAX番号は21-5156です。

※ A4用紙でサイズを変えずに送信願います。

雇用保険 資格取得 手続き依頼届

記入日： 年 月 日

事業所名										
フリガナ										
氏名								男・女	←○印	
生年月日	昭・平	年	月	日					←○印	
入社年月日	令和	年	月	日						
職種				週の所定労働時間	時間		分		←	
役員	1. 該当 2. 非該当	事業主の同居親族		1. 該当 2. 非該当					←○印	
賃金(1ヶ月)	円(月給制・日給制・時給制)								←○印	
雇用保険被保険者番号	無・有(番号)・不明									←○印
	前職(事業所名)									←○印
就職経路	1.安定所紹介 2.自己就職 3.民間紹介 4.把握していない								←○印	
契約期間の定め	1. 有り { *契約期間 年 月 日から 年 月 日まで *契約更新条項の有無 (イ:有り □:無し) *6ヶ月以上雇用する見込みの有無 (イ:有り □:無し) →内 1年以上雇用する見込み(イ:有り □:無し)								←○印	
	2. 無し								←○印	

資格取得の時は、出勤簿または、タイムカードを添付してください。なお、入社より3ヶ月以上経過している場合は、別途「賃金台帳」と「出勤簿」もしくは「タイムカード」が必要になります。

外国籍の方の資格取得の時は「在留カード」を添付して、在留期限等が分かるようにしてください。

「週の所定労働時間」が、20時間以上30時間未満の方は、「パートタイム労働者」に該当し、別途「雇入通知書」のコピーが必要です。

該当する場合に雇用保険の加入を希望される場合には要件がございます。確認のための別途様式が必要になりますので、ご連絡をいたします。

賃金は1ヶ月分のおおよその賃金を記入ください。

本人の雇用保険番号がわかる場合は記載してください。番号が不明な場合は以前の勤務先を記入ください。(または履歴書のコピーを提出ください)

←○印 特に期間の定めのない場合は、「2. 無し」に○をしてください。

※ 必須 記入がない場合、ハローワークで受理されません。

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

← 従業員に個人番号の利用目的を必ず伝えた上でご記入ください。個人番号はハローワークへの届出が済み次第、細断して破棄します。当所で保管はいたしません。