

マイナンバーを記入していただくためFAX・メールでの提出は受付できません。

雇用保険資格取得届 原本（コピーしてご使用下さい）労働保険事務組合（TEL 22-5555）

フリガナ									
氏名									
生年月日	和暦（S・H）			年	月	日			
住所	〒 —								
性別	1. 男				2. 女				
雇用(取得)年月日	年			月	日	出勤簿の写を添付			
契約期間の定め	1.有	{ 年 月 日から 年 月 日 契約更新条項の有無 1.有 2.無 ※労働条件通知書を添付して下さい。							
	2.無								
取得の原因	1. 新規雇用（新規学卒） 2. 新規雇用（その他） 3. その他（ ）								
支払形態	1. 月給 2. 日給月給（欠勤控除あり） 3. 日給 4. 時間給 5. その他（ ）								
賃金（月額）	円								
職種（具体的に）									
就職経路	1. 安定所紹介			2. 自己就職			3. 民間紹介		
1週間の 所定労働時間	時間			分					
被保険者証No. 又は前の勤務先									
提出者氏名/ 提出手段	提出者氏名： 提出手段： 窓口 ・ 書留郵便 ・ その他								
受付		届出		受理		台帳		マイナンバー 破棄	

ご記入頂いた情報は、労働保険関係の各種届け出および連絡のために利用致します。

郵便番号（ — ）	
住所	
事業所名	電話
代表者名	メール

※本人の被保険者証は送付せず、原則当所にて保管します。送付希望の方は下記へ☑してください。

被保険者証の郵送を希望します。 被保険者証のメール送信を希望します。

..... 切り取り線

【マイナンバー記入欄】

氏名 _____

個人番号（マイナンバー） □□□□ □□□□ □□□□

※上記個人番号は、手続き終了後、復元できない方法で速やかに破棄します。