

雇用保險被保險者資格取得連絡票

令和 年 月 日

電話番号 () —

下記の者を採用いたしましたので、雇用保険被保険者資格取得手続きをお願いします。

フリガナ 氏 名	----- 性 別 (男 ・ 女) 生年月日 年 月 日	
住 所	〒 ー TEL () ー	
取得年月日	年 月 日 (試用期間を含む)	
給 与	① 月給制 ② 日給制 ③ 時間給 ④ その他()	
	給与支給金額 () 円／1 ヶ月	
	時 間 給 () 円 1 日 時間 × 1 カ月に 日	
契約期間	1. 有 (令和 年 月 日～令和 年 月 日) 更新 (有 無) 2. 無	
雇用の形態	① 常 用 ④季節的雇用 ② パートタイム ⑤有期契約 ③ 日雇い ⑥その他	役 員 (該当・非該当) ----- 同居親族 (該当・非該当)
1 週 間 の 所定労働時間	時間 分	
職 種		
就職経路	① 職業安定所 ② 自己就職 ③ 民間紹介 ④ その他	
職 歴	①新 卒	被保険者証 NO. ()
	②既 卒	or 前職場名を記入して下さい。()

1. 雇用契約日がわかる雇用契約書(写)等。
2. 雇用契約日から 6 か月以上経過している場合は、上記の他に賃金台帳(写)と出勤簿(写)。
3. 外国人労働者・・・雇用契約書(写)・在留カード(写)もお願いします。

事務組合で転記後切り取り破棄します

従業員個人番号（マイナンバー）記載欄

[illegible]