

雇用保険被保険者異動事務処理依頼書

(依頼日:平成____年____月____日)

枝番号: 0- 2-	事業所住所 事業所番号: 事業所名	印 担当者名	電話番号: FAX番号:
---------------	-------------------------	--------	-----------------

注意:原則として、個人事業主や法人の役員等(代表取締役・取締役・監査役)、および代表者(個人事業主・法人の代表者)の同居親族は、雇用保険の被保険者となりません。

資格取得	被保険者番号 (又は前勤務先名)	フリガナ氏名	性別	生年月日	雇用期間の定めの有無	マイナンバーの確認	雇入日	職種	役員	代表者の同居親族	賃金 (月額換算)	被保険者の種類	労働時間 (1週間)	受領*	
	新・再			男・女	昭和・平成 年 月 日	・無し ・有り	・済	平成 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短期 他()		
	新・再			男・女	昭和・平成 年 月 日	・無し ・有り	・済	平成 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短期 他()		
	新・再			男・女	昭和・平成 年 月 日	・無し ・有り	・済	平成 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短期 他()		

資格喪失・その他	被保険者番号	フリガナ氏名	性別	離職等の年月日	離職・変更等の理由 (詳細に記載してください)	マイナンバーの確認	被保険者の住所 電話番号	離職票の交付	給与の締日等	給与形態	受領*
			男・女	平成 年 月 日		・今回提出 ・提出済	〒 ()	不要 必要	日締 日払	月給 日給 他()	
			男・女	平成 年 月 日		・今回提出 ・提出済	〒 ()	不要 必要	日締 日払	月給 日給 他()	
			男・女	平成 年 月 日		・今回提出 ・提出済	〒 ()	不要 必要	日締 日払	月給 日給 他()	

添付書類(必須)	<p>雇用保険資格取得 (雇入日翌月の10日までに手続きが必要です。 ※雇入れ年月日は見習い期間を含めた日になります。)</p> <p>⇒<input type="checkbox"/>労働者名簿 <input type="checkbox"/>雇用年月日が確認できる書類(タイムカード・出勤簿など) <input type="checkbox"/>雇入通知書(短時間<20~30時間>就労者のみ) <input type="checkbox"/>マイナンバー(確認記載後返却)</p> <p>雇用保険資格喪失 (雇入日翌日から10日以内に手続きが必要です。)</p> <p>⇒<input type="checkbox"/>離職者本人の退職願の写し又は指定の退職理由書(定年の場合は就業規則) <input type="checkbox"/>労働者名簿 <input type="checkbox"/>マイナンバー(確認記載後返却) <input type="checkbox"/>雇入通知書(短時間就労者のみ) <input type="checkbox"/>離職日の前、13か月分(月11日以上の出勤)のタイムカード(又は出勤簿)の写し <input type="checkbox"/> " "、7か月分(" ")の賃金台帳(通勤手当等諸手当の給与明細の分かるもの)の写し</p>	備考*	依頼書引受者() 書類引渡者() 引渡(年 月 日)
----------	---	-----	---

コピーしてご利用下さい。南アルプス市商工会 ☎055-280-3730 fax055-280-3731 事務組合記入 H30.7.01作成

届出・手続き	資格取得	資格喪失	高年齢	育児休業	その他	合計	備考*
	名	名	名	名	名	名	