

雇用保険被保険者の **資格取得** 連絡票

事業所名		
資格取得者	氏名かな	
	氏名・性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	
入社年月日(※)	平成 年 月 日	
雇用保険被保険者証の有無(資格の確認)	有 →→ 被保険者番号 _____ - _____ - _____ 無 →→ 直前勤務先名 _____ ※新規学卒者の場合は記入不要	
賃金	◇月給 _____ 円 ◇日給 1日 _____ 円×1ヶ月 _____ 日 ◇時給 1時間 _____ 円×1日 _____ 時間×1ヶ月 _____ 日	
1週間の所定労働時間	_____ 時間 _____ 分	
職種 (具体的にお書き下さい)		

【必須】										
マイナンバー										
<p>○マイナンバーを記載した書類は、絶対にFAX送信はしないでください。 ※この連絡票は、商工会までご持参願います。または職員がお伺いしお預かりいたします。 ※目的以外には使用いたしません。保管は致しませんので、その都度手続き時に明記いただきます。</p>										

○入社年月日は、雇用した最初の日になります。試用期間、見習い期間であっても、最初に就労した日から被保険者となります。

○労働者（被保険者）を雇い入れたときは、翌月5日までに下記までご連絡願います。

淡路市商工会 TEL : 0799-62-3060
 FAX : 0799-62-6000



して