

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(※)	令和 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。</p> <p>※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。</p> <p>※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していただきます。</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。