

雇用保険被保険者異動事務処理依頼書

(依頼日: 令和____年____月____日)

20-		事業所住所		電話番号:
30-	事業所番号:		印 担当者名	
22-		事業所名		FAX番号:
32-				

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	雇 入 年 月 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)
	新・再			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	・無し ・有り (. . . ~ . . .)	平成・令和 年 月 日		該 当 非該当	該 当 非該当	月給 日給 時給	一 般 短 期 他()
	マイナンバー			住 所	〒					千円		電話番号
新・再			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	・無し ・有り (. . . ~ . . .)	平成・令和 年 月 日		該 当 非該当	該 当 非該当	月給 日給 時給	一 般 短 期 他()	
	マイナンバー			住 所	〒					千円		電話番号
新・再			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	・無し ・有り (. . . ~ . . .)	平成・令和 年 月 日		該 当 非該当	該 当 非該当	月給 日給 時給	一 般 短 期 他()	
	マイナンバー			住 所	〒					千円		電話番号

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)	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
				男・女	平成・令和 年 月 日		〒 ()	不 要 必 要	日締 ・ 日払
	マイナンバー								
			男・女	平成・令和 年 月 日		〒 ()	不 要 必 要	日締 ・ 日払	月給 日給 他()
	マイナンバー								
			男・女	平成・令和 年 月 日		〒 ()	不 要 必 要	日締 ・ 日払	月給 日給 他()
	マイナンバー								

添付書類(必須)	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。) ⇒ ①労働者名簿 ②雇入年月日が確認できる書類(タイムカード・出勤簿など) ③雇入通知書(短時間就労者のみ) 雇用保険資格喪失 (離職日翌日から10日以内に手続きが必要です。) ⇒ ①離職者本人の退職願いの写し又は指定の退職理由書(定年等の場合は就業規則) ②労働者名簿の写し ③雇入通知書の写し(短時間就労者のみ) ④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 ⑤ " 7か月分 " の賃金台帳(通勤手当等諸手当の給料明細の分かるもの)の写し	備 考 *	
		引渡(年 月 日)	受領

コピーしてご利用下さい。 大月市商工会 ☎0554-22-1648

事務組合記入 R1.05.01作成

事務組合使用欄	引受	連絡	引渡	社労夢入力	e-GOV申請		
	/	/	/	/	/		