

本書類の必要事項に記載の上、ふかや市商工会へFAXまたは持参してください

ふかや市商工会 労働保険担当者 行

◆◆雇用保険異動処理依頼書◆◆

平成 年 月 日

事業所名	
担当者	連絡先

雇用保険で下記の手続きを依頼します。

資格 取得手続き ・ 喪失手続き (必ず○印を付けてください)

取得	喪失	フリガナ	
		被保険者氏名	
取得	喪失	マイナンバー(12ケタ)	
取得		性別	男 ・ 女
取得	喪失	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	喪失	被保険者住所	〒 ☎
取得	喪失	入社日 ・ 退社日	平成 年 月 日
	喪失	退職事由	自己都合 ・ 会社都合 ・ その他
	喪失	離職票	必要(下記書類を添付してください) ・ 必要なし
		添付書類	退職願・労働者名簿・解雇通知書 賃金台帳13か月分 出勤簿13か月分
取得		給与形態	月給・日給月給・時間給 月額 円 ・ 締日 日
取得	喪失	1週間の所定労働時間数	時間 分
取得		職種	
取得		就職経路	1.職安紹介 ・ 2.自己就職 ・ 3.民間紹介 ・ 4.把握してない
取得		契約期間の定め	1.あり(平成 年 月 日~平成 年 月 日) ・ 2.なし
取得		契約更新の有無	1.あり ・ 2.なし
取得	喪失	被保険者番号	
取得		被保険者番号がわからない場合は 以前お勤めの会社を記入ください	

【その他注意事項】

- ①6か月以上遡って取得手続きする場合は、入社日からの賃金台帳と出勤簿を必ず添付ください。
- ②外国人の方が異動手続きをされる場合は、在留カード等を添付ください。
- ③職業安定所が必要と認める時は、その他の添付書類が必要な場合がございます。

【連絡先】ふかや市商工会 労働保険担当者 宛

TEL048-584-2325

FAX048-584-6165

\* 記載の雇用保険届出事務の目的以外で貴社の従業員の個人番号(特定個人情報)を使用することはありません。

2017.9