

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◆◆

令和 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・令和 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