**雇用保険資格取得届出表**

　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ） |
| マイナンバー |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 給与見込額 | 月総額　　　　　　　円（ 月給 ・ 日給 ・ 時給 ・ 日給月給 ） |
| 入社年月日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 雇用保険加入日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| 契約期間（トライアル雇用は必須） | 令和　　年　 　月　　 日 ～ 令和　　年 　　月　 　日 |
| 契約更新条項※契約期間がある方のみ | 有　　・　　無 |
| 雇用保険被保険者番号（番号が不明の場合は前職場名） |  |
| 職種 |  |
| １週間の所定労働時間 |  |

雇用保険の被保険者となる者

1. １週間の所定労働時間が２０時間以上
2. ３１日以上雇用見込みがあること

※マイナンバーの取り扱いについて

　マイナンバーは電話、メール、FAXでのやりとりが出来ません。

　郵便は「配達証明郵便」での郵送が可能です。