

## 雇用保険資格取得届出表

届出日            年        月        日

事業所名	
(フリガナ) 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。