

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。