

雇 用 保 険 取 得

事業所名	TEL () -				
雇用開始日 (※)	令和 年 月 日	雇用 保険	新規・再取得		
資格取得者	氏 名	フリガナ			
	マイナ バー				
	生年月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日			
	現住所	〒			
賃金形態	月 給 ・ 日給月給 ・ 時間給月給 ・ その他				
給与・賃金	¥	(月額)		日締／	日払
所定労働時間	週	時間 (週40時間以内)		職 種	
契約期間 の定め	無 ・ 有 ★定めがある場合は契約期間と更新条項の有無を下記に記入				
	契約期間 (年 月 日～ 年 月 日) 契約更新条項 (有 ・ 無)				
再取得の場合 (いずれか記入)	被保険者番号	- - - - -			
	以前の勤め先				
備 考	※外国人実習生の場合は 在留カード (表裏両面) のコピー が必要です			受 付 者	印

※「雇用開始日」が「ご提出日」より「1ヵ月以上前」の場合
雇用開始日～直近の「出勤簿 (タイムカード)」「賃金台帳」の写しを添付してください。

郵送先 〒738-0015 廿日市市本町5-1 労働保険事務組合 廿日市商工会議所
TEL 0829-20-0021 **FAX** 0829-20-0022