

雇用保険被保険者異動事務処理依頼書 (令和3.5.1改)

(依頼日: 令和 年 月 日)

枝番号: 0- 2-	事業所住所 事業所番号 1907-	電話番号: FAX番号:	⑩ 担当者名
---------------	----------------------	-----------------	--------

注意: 原則として、個人事業主や法人の役員等(代表取締役・取締役・監査役)、および代表者(個人事業主・法人の代表者)の同居親族は、雇用保険の被保険者となりません。

資格取得	被保険者番号 (又は前勤務先名)	フリガナ氏名	性別	生年月日	被保険者の住所・居所	雇入年月日	職種	役員に	代表者の同居親族に	賃金(月額換算)	被保険者の種類・区分	労働時間(1週間)	雇用期間の定め/期間	*
	新再 マイナンバー			男・女	昭和・平成 年 月 日	〒	令和 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短時間 他()		無・有 (R . . .) ~R . . .)
新再 マイナンバー			男・女	昭和・平成 年 月 日	〒	令和 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短時間 他()		無・有 (R . . .) ~R . . .)	
新再 マイナンバー			男・女	昭和・平成 年 月 日	〒	令和 年 月 日		該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 短時間 他()		無・有 (R . . .) ~R . . .)	

得 <<添付書類>> (雇入日翌月の10日までに手続きが必要。 ※雇入れ年月日は見習い期間を含めた日になります。)
 ⇒ ①労働者名簿の写し ②雇入月の出勤簿(タイムカード)の写し ③マイナンバー
 ※パートタイムなどで週所定労働時間が20時間以上30時間未満の労働者は、上記に加え「雇用契約書」「雇入通知書」等の契約内容が分かるものが必要となります。

資格喪失	被保険者番号	フリガナ氏名	性別	離職等の年月日	離職・変更等の理由 (詳細に記載してください)	被保険者の住所 電話番号	離職票の交付	給与の締日等	給与形態	補充採用の予定	一週間の所定労働時間
	マイナンバー			男・女	令和 年 月 日		〒 ()	不要 必要	日締 日払 他()	月給 日給 他()	有・無
マイナンバー			男・女	令和 年 月 日		〒 ()	不要 必要	日締 日払 他()	月給 日給 他()	有・無	
マイナンバー			男・女	令和 年 月 日		〒 ()	不要 必要	日締 日払 他()	月給 日給 他()	有・無	

その他 <<添付書類>> (離職日翌日から10日以内に手続きが必要) ※マイナンバーはすべての手続きに必要です
【離職票なしの場合】
 ①労働者名簿の写し(退職日 および 退職理由 が記入されたもの) … 退職願は必ず提出してもらい保管しておきましょう。
 ②離職月の出勤簿(タイムカード)の写し
【離職票が必要な場合】⇒ 上の①と②に加え、下の③・④が必要です。
 ③離職日の前14か月分(会社都合解雇・自己都合とも)の出勤簿(タイムカード)の写し
 ④離職日の前14か月分(会社都合解雇の場合8ヶ月分)の賃金台帳(通勤手当等諸手当の明細の分かるもの)の写し
 ※ 定年退職の場合…就業規則の写し ※ 期間満了の場合…雇用通知書や契約書等契約期間の確認できる書類

備考

* 個人情報保護法に基づき、この依頼書に記載された個人情報および添付資料は、雇用保険事務手続きのために利用し他に利用することはありません。

届出・郵送先: 上野原市商工会 〒409-0112 上野原市上野原1658 お問い合わせ 電話 63-0638