

雇用保険被保険者異動届(取得用) (/ 枚目)

従業員を雇入れた等雇用保険を取得される場合は本届にてお知らせください

労働保険事務組合 松江商工会議所 御中
 〒690-0886
 松江市母衣町 55-4
 TEL0852-32-0503

令和 年 月 日

住 所〒	印
事業所名	
代表者名	
T E L 担当者名	

◆下記の通り異動がありましたので提出いたします

個人番号									
被保険者氏名(フリガナ)					性別		生年月日		
					男・女		S・H 年 月 日		
取得年月日			賃金形態				一週間の所定労働時間		
R 年 月 日			月給・週給・日給・時給				時間/週		
月額総支給		雇用形態(※①)				雇用期間の定め(※②)			
円/月		常用・パート・その他()				あり・なし			
雇用保険被保険者番号または前職場名									
前職あり()・新規学卒 雇用保険被保険者番号(—)									
職種									
1. 管理職 2. 専門・技術職 3. 事務職 4. 販売 5. サービス業 6. 保安職 7. 農林漁業 8. 生産 9. 輸送・機械運転 10. 建設・採掘 11. 運搬・清掃・包装等 12. その他()									
就職経路			事業主と親族		事業主との同居		役員として役職		
1. 安定所紹介 2. 自己就職 3. 民間紹介 4. 把握していない			あり・なし		あり・なし		あり・なし		

<添付書類>本届とともに必ず提出してください

- 労働者名簿の写し
- 雇入れ月のタイムカードまたは出勤簿の写し
- ※①雇用形態が「パート」の場合は労働条件通知書または雇用契約書の写し
- ※②雇用期間の定めが「あり」の場合は労働条件通知書または雇用契約書の写し
- ※③在留カードをお持ちの方は、在留カード両面の写し

本届は普通郵便、FAX では送信できません。窓口までの持参
 もしくは郵送の場合は書留、特定記録郵便等を利用してください