雇用保険資格（ 取得 ・ 喪失 ）届作成依頼書

※雇用保険対象者の異動時は、こちらの用紙に記入、押印の上、FAXまたは郵送でご連絡ください。

その際、マイナンバーの記入はお控えください。

　　※この書類は、伊勢商工会議所ホームページからもダウンロードが出来ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※　取得時、喪失時の共通事項です。被保険者の情報を全項目ご記入ください　※** | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 性別 | | 男　性　・　女　性 | | |
| 氏名 |  | | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　－  **※喪失時には、離職票の送付先となります。（簡易書留にて本人宛に送付※提出日より1週間程度）** | | | | | | | | |
| 就業時間 | 時　　 分～　　 時　　 分 | | | （内、休憩時間　　　時　　 分～　　 時　　 分） | | | | | |
| 1週間の  所定労働時間 | 時間 | 休日数  （1ヶ月） | 日 | | | 賃金締日 | | 日締／　　　日払 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **資格取得届（週20時間以上で31日以上継続して雇用見込みがある場合）** | | |
| 加入日 | 年　　　 月　　　 日  **※入社日。試用期間含む** | **※3ヶ月以上遡る場合**は、**加入日が確認できる月から**  **現在までの賃金台**帳と**タイムカード**を提出してください。 |
| 加入歴 | なし　・　あり（前勤務先名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  被保険者番号がわかる（№：　　　　　－　　　　　　　－　　）　・　不明 | |
| 雇用形態 | 派遣労働者　・　パートタイム　・　有期契約労働者　・　その他（常用労働者）  **※派遣労働者または有期契約労働者の場合**は、本人との**労働契約書（コピー）**を提出してください。 | |
| 職種 | ①管理職　　②専門・技術職　　③事務　　④販売　　⑤サービス　　⑥保安  ⑦農林漁業　　⑧生産工程　　⑨輸送・機械運転　　⑩建設・採掘　　⑪運搬・清掃・包装 | |
| 就職経路 | 安定所紹介　　・　　自己就職　　・　　民間紹介　　・　　把握していない | |
| 賃金形態 | 円　※見込可　（　月給　・　日給　・　時間給　・　日給月給　） | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **資格喪失届（退職・20時間未満・役員になった等、被保険者でなくなった場合）** | | | | | |
| 喪失日 | 年　　　 月　　　 日  **※退職日または非該当となった日を記入** | | | 補充採用 | 予定有り　・　予定無し |
| 離職票交付 | 必要　・　不要 |
| 喪失理由 | ※**離職票の交付が必要な場合**は、**退職証明書**、**退職日より遡って1年分の賃金台帳**と**タイムカード**を  提出してください。（出勤日数の状況によっては、さらに遡って提出をお願いする場合があります。） | | | | |
| 基礎日数 | 日 | 賃金形態 | 月給　・　日給　・　時間給　・　日給月給 | | |

上記の記載事項について手続きをお願いいたします。

問い合わせ先

〒516-0037　伊勢市岩渕1-7-17

　　伊勢商工会議所

　労働保険事務組合

　　　　　　担当：水谷

TEL 0596-25-5155

FAX 0596-23-1151

雇用保険事業所№　　　　　　　　－　　　　　　　　－

Acc:　　/　　/　　,Gov:　　/　　/　　,Send:　　/　　/

受 付 日

〒　　　－　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　所在地

事業所　名　称

　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（TEL：　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　）

※内容確認の際、ご連絡させていただく場合があります。