

雇用保険被保険者資格取得届委託書

令和 年 月 日

労働保険事務組合延岡商工会議所 御中

【添付書類】 ・入社した日から現在までの 出勤簿またはタイムカード
--

住 所
 事業所名
 代 表 者
 電話番号 ()

被 保 険 者 に 関 す る 事 項										
フリガナ										
氏 名	(性別：男・女)									
個人番号 (12桁)										
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日									
住 所	電話番号 ()									
入 社 年 月 日	令和 年 月 日 (臨時、パート、見習試用、研修等も含む)									
仕 事 の 内 容										
給 与	<table border="0"> <tr> <td>月 給</td> <td>円</td> <td rowspan="4">※1ヶ月の勤務予定日数 () 日</td> </tr> <tr> <td>日給月給</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>日 給</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>時 給@</td> <td>円× 時間 (1日あたり)</td> </tr> </table>	月 給	円	※1ヶ月の勤務予定日数 () 日	日給月給	円	日 給	円	時 給@	円× 時間 (1日あたり)
月 給	円	※1ヶ月の勤務予定日数 () 日								
日給月給	円									
日 給	円									
時 給@	円× 時間 (1日あたり)									
就 職 経 路	1. 安定所紹介 / 2. 自己就職 / 3. 民間紹介 / 4. 把握していない									
1 週 間 の 所 定 労 働 時 間	() 時間 () 分									
被 保 険 者 で あ っ た こ と の 有 無	有 被保険者番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> ※「被保険者番号」がわからない場合は下記を記載してください 雇用保険加入最終事業所 事業所名 所在地 期 間									
	無 新規雇用 (新規学卒 ・ その他)									
そ の 他	雇用契約期間の定め ある ・ ない ※「雇用期間の定めがある」場合は雇用期間が記載された『雇用契約書』の提出が必要です 1年以上雇用する見込み ある ・ ない 事業主と同居の親族で ある ・ ない 会社役員 (取締役など) で ある ・ ない									