

雇用保険被保険者異動事務処理依頼書・受領書

(依頼日:令和____年____月____日) (引渡日:令和____年____月____日)

枝番号: 0- 2-	事業所番号:	事業所 所在地 事業所名	印	担当者名	電話番号:	FAX番号:
---------------	--------	------------------------	---	------	-------	--------

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	フリガナ氏名	性別	生年月日	雇用期間の定めの有無	雇入年月日	職種	就職経路	役員	代表者の同居親族	賃金(月額換算)	被保険者の種類	労働時間(1週間)	前勤務先名・期間
	新・再			男	昭和・平成 年月日	・無し ・有り (. . ~ . .)	令和 年月日		安定所 自己就職 民間紹介 把握なし	該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 パート 他()	
新・再			男	昭和・平成 年月日	・無し ・有り (. . ~ . .)	令和 年月日		安定所 自己就職 民間紹介 把握なし	該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 パート 他()		・勤務先名 ・勤務期間
新・再			男	昭和・平成 年月日	・無し ・有り (. . ~ . .)	令和 年月日		安定所 自己就職 民間紹介 把握なし	該当 非該当	該当 非該当	月給 日給 時給 千円	一般 パート 他()		・勤務先名 ・勤務期間

資格喪失・その他	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	労働時間(1週間)	離職票受領印
				男	令和 年月日		〒 ()	不 要	日締	月給	
			女	令和 年月日		〒 ()	必 要	日払	日給		
			男	令和 年月日		〒 ()	不 要	日締	月給		
			女	令和 年月日		〒 ()	必 要	日払	日給		
			男	令和 年月日		〒 ()	不 要	日締	月給		
			女	令和 年月日		〒 ()	必 要	日払	日給		

添付書類(必須)	<p>雇用保険資格取得 (雇入日翌月の10日までに手続きが必要です。 ※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 ②雇入年月日が確認できる書類(タイムカード・出勤簿など) ③雇入通知書(短時間就労者のみ) ※マイナンバー</p> <p>雇用保険資格喪失 (離職日翌日から10日以内に手続きが必要です。) ⇒ ①離職者本人の退職願いの写し又は指定の退職理由書(定年等の場合は就業規則) ②労働者名簿の写し ③雇入通知書の写し(短時間就労者のみ) ④離職日の前、13か月分(月11日以上の出勤)のタイムカード(又は出勤簿)の写し ⑤ " " の賃金台帳(通勤手当等諸手当の給料明細の分かるもの)の写し ※マイナンバー</p>	備考*	受付者() 引渡者() 引渡方法(窓口・郵送)
----------	---	-----	---------------------------------

コピーしてご利用下さい。北杜市商工会 (TEL)0551-32-1211 (FAX)0551-32-1215) * ... 事務組合記入 R3.1.1作成

届出・手続き	資格取得	資格喪失	高年齢	育児休業	その他	合計	備考*
	名	名	名	名	名	名	