

FAX通信

甲府商工会議所 労働保険事務組合 行

FAX 番号:055-233-2131

(電話番号:055-233-2241)

従業員採用 雇用保険被保険者資格取得 連絡票

雇用保険被保険者資格取得について下記のとおり連絡します。なお、記載内容は事実と相違ないことを証明します。

個人番号(マイナンバー)の提供につきましては、別紙「個人番号(マイナンバー)申告書」に個人番号等を記載願います。なお、本用紙には個人番号を絶対に記載しないでください。

事業所名			
所在地	〒		
電話番号 FAX	() ()	担当者名	

No.	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	雇用年月日 (取得年月日)	職 種	1ヶ月の見込み賃金額 (月額)通勤手当等も含む
1		男・女	昭和・平成 年 月 日	令和 年 月 日		月給 日給 時給 円
過去に加入歴が ☐ ある ☐ ない		1週間あたりの 所定労働時間	時間 分/1週間 (法定最大40時間)		契約期間 の定め	有・無 年 月～年 月
→ 被保険者番号		— —	番号不明の場合 前会社名		年 月～年 月	
被保険者区分 (いずれかに○)		雇用形態 (いずれかに○)				
新規学卒 ・ その他		1. 日雇 2. 派遣 3. パートタイム (30時間未満) 4. 有期契約労働者 5. 季節的雇用 6. その他 (常用)				
▼ あてはまる ☐ 内にチェックを入れて下さい。 ▼						
役員で ☐ ある ☐ ない		代表者の親族で ☐ ある ☐ ない		☐ 外国人労働者 要 外国人登録証 (写)		☐ 季節 (出稼ぎ) 労働者 要 出稼労働者手帳・雇用契約書 (写) →本業?
No.	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	雇用年月日 (取得年月日)	職 種	1ヶ月の見込み賃金額 (月額)通勤手当等も含む
2		男・女	昭和・平成 年 月 日	令和 年 月 日		月給 日給 時給 円
過去に加入歴が ☐ ある ☐ ない		1週間あたりの 所定労働時間	時間 分/1週間 (法定最大40時間)		契約期間 の定め	有・無 年 月～年 月
→ 被保険者番号		— —	番号不明の場合 前会社名		年 月～年 月	
被保険者区分 (いずれかに○)		雇用形態 (いずれかに○)				
新規学卒 ・ その他		1. 日雇 2. 派遣 3. パートタイム (30時間未満) 4. 有期契約労働者 5. 季節的雇用 6. その他 (常用)				
▼ あてはまる ☐ 内にチェックを入れて下さい。 ▼						
役員で ☐ ある ☐ ない		代表者の親族で ☐ ある ☐ ない		☐ 外国人労働者 要 外国人登録証 (写)		☐ 季節 (出稼ぎ) 労働者 要 出稼労働者手帳・雇用契約書 (写) →本業?

※注意事項 お送りになる前に必ずご確認ください。※

●氏名のフリガナは必ず記入して下さい。 ●賃金額欄には該当する給与制に○を付け、1ヶ月の賃金見込み額を記入して下さい。 ●以前に雇用保険に加入していたことがある方はその雇用保険被保険者番号を、不明の場合は前会社名と就業期間を記入して下さい。

※必要添付書類※本票と一緒にお願いします。

●労働者名簿・出勤簿(タイムカード)の写し ●パート、派遣、有期契約、季節的雇用の場合は、雇用契約書の写し ●外国籍の方については在留カードの写し(両面)

※個人情報の取り扱いについてご連絡いただきました個人情報は、当所の個人情報保護規程に従った管理の下、雇用保険資格取得の目的のみに使用いたします。

★ 個人番号(マイナンバー)のご提供につきましては、別紙「雇用保険被保険者個人番号(マイナンバー)申告書」【注意:郵送もしくは窓口にて受付。FAX・メール不可。】にてご連絡いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

FAX・メール送信不可

※本紙を提出される際は、必ず郵送でお願いいたします。

個人番号の提供は、取得・喪失・氏名変更の都度、ご提出をお願いいたします。

令和 年 月 日

甲府商工会議所 労働保険事務組合 行
(〒400-8512 甲府市相生 2-2-17)

雇用保険被保険者 個人番号（マイナンバー）申告書

事業所名：_____

所在地：_____

代表者氏名：_____

下記の個人番号（マイナンバー）は、当事業所の従業員の番号であることを確認し、提供いたします。

雇用保険被保険者氏名	性別	生年月日						事由			
(フリガナ)	男・女	昭和 平成	年	月	日			取得・喪失 氏名変更			
個人番号（マイナンバー） 12桁											

個人番号（特定個人情報）提供のお願い

甲府商工会議所労働保険事務組合は、番号法に基づき、下記の使用目的のため、貴事業所従業員の個人番号（特定個人情報）の提供をお願いしております。

記載の使用目的以外で貴事業所の従業員の個人番号（特定個人情報）を使用することはありません。個人番号（特定個人情報）の取扱いについては、漏えい、不正利用防止等の観点から番号法に基づく安全管理措置を講じております。

ご提出いただいた雇用保険被保険者の個人番号等については、当事務組合において下記の雇用保険届出に転記し、ハローワークに提出いたします。提出後は、「雇用保険被保険者個人番号（マイナンバー）提供書」を破棄するため、雇用保険被保険者の個人番号等は必要に応じて、その都度ご提出いただきますよう、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

なお、従業員の個人番号の提供に際しては、労使間の協定を締結する等の対応をご考慮ください。

記

(使用目的) 雇用保険届出事務

① 雇用保険被保険者資格取得届（雇用保険法施行規則様式第2号）作成

② 雇用保険被保険者氏名変更・喪失届（雇用保険法施行規則様式第4号）作成

以上