**雇用保険 被保険者資格取得手続き用**

□に☑を入れてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．雇用保険被保険者番号は、お持ちですか？ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □新　規 | | | □学卒の場合 | | | | | | | | | | | | | |
| □再取得　被保険者番号 | | |  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  | |  | ― |  |
| ※被保険者番号が分からない場合は、雇用保険に加入されていたと思われる直前の職歴を記入。数か所あれば、２、３事業所を記入してください。　　　履歴検索・照合確認  例：○○年○月　○○事業所（会社）入所（入社） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．被保険者氏名 | | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | | | | | | | | | □男・□女 | | | |
| ℡ | | | | | | | | | | |
| ３．住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| ４．生年月日 | | □ 昭和 ・□ 平成 （ 　 　年　 　月　 　 日　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ５．資格取得年月日  （※試用期間も含む） | | 平成　 　 年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ６．賃金（ 月額 ） | | □月給・□日給・□時間給（　　　　千円）←総支給額 | | | | | | | | | | | | | | |
| ７．雇用形態 | | □正規・□パート・□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| ８．職種 | | □専門　□管理　□事務　□販売　□サービス　□農林  □運輸・通信　□製造・建設　□労務　□その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| ９. 契約期間の定め | | □有（R　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）  契約更新　 □有 ・ □無  □無 | | | | | | | | | | | | | | |
| １０．（週）労働時間 | | 時間 　　　　　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| １１．外国人雇用者  （記入欄） | 1. 国籍（　　　　　　）②在留資格（　　　　　　　　） 2. 在留期間（　　　　年　　　月　　　日まで） 3. 資格外活動許可の □有 ・ □無 | | | | | | | | | | | | | | | |

上記については、労働者名簿、雇用契約書の内容と相違ありません。

令和 　 　年　 　月　 　日

労働保険事務組合八女市商工会　御中

住所

事業主

氏名 印

ＴＥＬ