

ご送信日: 令和 年 月 日

事業所名 事業所所在地 代表者名 TEL・FAX TEL; / FAX;	様	雇用保険加入連絡票 ※FAX等でご返信下さい	
フリガナ		男 ・ 女	
氏名(漢字・ローマ字)			
個人番号 マイナンバー			
生年月日(和暦)	S ・ H	年 月 日生(歳)	加入される方が“就かれる業務”
住所	〒	フリガナ	
加入日	令和 年 月 日付入社(加入)		
月額給料の見込額	1ヶ月あたり _____ 円 …給与形態(月給・日給・時給) ※“交通費・残業見込み・各種手当等”を含む総支給額(“各種控除前”の額)		

<雇用保険関係>

新規学卒 (新規学卒の場合、 お願いします)

● 雇用保険被保険者番号 NO, _____

※番号が分からない場合

- 雇用保険に加入していた時の勤務先名()
 過去に雇用保険に加入していたことがない

● 1週間の労働時間は何時時間位になりますか? 1週平均 [時間 分]

● 就職経路の確認 → ハローワーク紹介 民間紹介(業者名: _____) その他(_____)

● 外国人労働者に関する確認- (両方必要です)

- 在留カード(“表と裏”の両面)の写し
 パスポートの写し

外国人の“雇入れ時・離職時”には“ハローワークへの届出”が必要です
(雇用保険加入者は同時に行います)

厚生労働省認可 中小企業総務経理推進協会 / 社会保険労務士法人 イースト

FAX送信先 → 043(291)6177

※ご不明な点が御座いましたら TEL043(291)6101 までご連絡下さい

～ご連絡方法は以下のような“安全性の高い方法”でお願い致します～

FAXでご送信いただく場合

ご送信担当者様は、FAX前に送信する旨をご連絡下さい。送信に際し、FAX番号に間違いがないことを確認後にFAX送信。受信を受けたこちらの担当者から受信したことを連絡させていただきます。