

雇用保険被保険者取得連絡票

フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日
氏名		性別	男 ・ 女
入社日※1	令和 年 月 日	被保険者証	有 ・ 無 ※2
住所	〒 _____ _____ TEL ()		
賃金	月給・日給・時間給 (月額単位) 円	雇用形態	常用・パート・日雇 季節的労働者
職種	販売・事務・生産工程・運輸・サービス その他 ()		
採用形態	新規雇用(学卒) ・ 新規雇用(その他) 日雇からの切替 ・ その他	被保険者の週所定 労働時間	※3 時間
契約期間の 定め	1 有 2 無	※「有」の場合 契約期間	年 月 日～ 年 月 日
<p>※1：入社日は、本人が初めて出勤した日です(賃金締切日等により入社日を遅らせたりすることはできません)。</p> <p>※2：雇用保険の被保険者証が有の場合は添付して下さい。紛失等の場合は以前の会社名を記入して下さい。</p> <p style="text-align: center;">会 社 名 _____</p> <p>※3：週の所定労働時間が20時間以上30時間未満の方は短時間就労者となり、別途に 就労形態を記入した雇用契約書等が必要となりますのでご連絡下さい。</p>			

雇用保険被保険者取得について手続きをお願いします。

令和 年 月 日

蕨市中央5-1-19

TEL 432-2655 FAX 444-1785

労働保険事務組合蕨商工会議所 様

所在地

事業所

名 称

印

担当者名 _____

TEL _____

FAX _____