

## 雇用保険資格取得連絡通知

事業所名	(会社名)〇〇〇〇												
事業所番号	4	2	0	1	-	1	2	3	4	5	6	-	7
フリガナ	ナガサキ タロウ											性別	
被保険者名	長崎 太郎											<input checked="" type="radio"/> 男・女	
被保険者の住所	〒 850 - 8541						電話番号						
	長崎市〇〇町〇番〇号						095 - 822 - 0111						
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成		60		年	1		月	1		日		
被保険者となった日 (原則として雇入れた日)	<input checked="" type="radio"/> 昭和・平成		6		年	4		月	2		日		
	※雇入れ日より前に、当社で採用・パート・アルバイト等が											<input type="checkbox"/> ある (H/週) <input checked="" type="checkbox"/> なし	
1週間の所定労働時間	40		時間		0		分						
賃金	月給		日給		時間		月額		160			千円	
	雇用形態 <input checked="" type="radio"/> 1. その他(一般) 2. パートタイム 3. 有期契約労働者 4. 季節的雇用 5. 日雇 6. 派遣												
職種	(具体的に) 一般事務 軽作業												
マイナンバー提出方法	<input checked="" type="radio"/> 1. 郵送(簡易書留)						2. 持参						
就職経路	<input checked="" type="radio"/> 1. 安定所紹介			2. 自己就職			3. 民間紹介			4. 把握していない			
以前の就め先 (新卒の場合はその旨 「新卒」とご記入下さい)	1 株式会社 〇〇		2 〇〇事務所		← 被保険者番号が不明の場合 前職で履歴を確認しますのでご記入下さい。								
被保険者番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	-	1
雇用契約期間の定め	1. 有 <input type="checkbox"/> ①契約期間( 年 月 日から 年 月 日まで) ②契約更新条項の有無(有・無) ③31日以上の使用見込みの有無(有・無) ④1年以上の使用見込みの有無(有・無)												
	<input checked="" type="radio"/> 2. 無 <input type="checkbox"/> ← 有に該当の場合は雇用契約期間が分かる労働条件通知書等の提出をお願いします。												

年 月 日

〒 850-8541

住 所

長崎市桜町4番1号

事業所名

〇〇〇〇会社

代表者名

長崎 一郎

担当者名

長崎 花子

電話番号

( 095 ) 123 - 4567

\* FAXにてご連絡の場合は、着信の確認のため長崎商工会議所労働保険事務組合(TEL: 095-822-0111)までお電話下さい。

事務組合記入欄	(受付) 年 月 日	(担当)
---------	------------	------