

# 雇 用 保 険 取 得

事業所名	TEL (            )            -					
雇用開始日 (※)	平成	年	月	日	雇用 保険	新規・再取得
資格取得者	氏名	フリガナ				男・女
	マイナンバー					
	生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日	
	現住所	〒				
賃金形態	月 給 ・ 日 給 月 給 ・ 時 間 給 月 給 ・ その他					
給与・賃金	¥	(月額)		日 締 /	日 払	
所定労働時間	週	時間 (週40時間以内)		職 種		
契約期間 の定め	無 ・ 有 ★定めがある場合は契約期間と更新条項の有無を下記に記入					
	契約期間 (    年    月    日 ~    年    月    日 )    契約更新条項 ( 有 ・ 無 )					
再取得の場合 (いずれか記入)	被保険者番号	- - - - -				
	以前の勤め先					
備 考					受 付 者	印

※「雇用開始日」が「ご提出日」より「1ヵ月以上前」の場合  
雇用開始日～直近の「出勤簿(タイムカード)」「賃金台帳」の写しを添付してください。

**郵送先** 〒738-0015 廿日市市本町5-1 労働保険事務組合 廿日市商工会議所  
**TEL** 0829-20-0021