

雇用保険被保険者資格取得連絡票(入社時)

2023.6.1

大村商工会議所 行き

コピーしてお使い下さい

事業所名

提出日: 年 月 日

所在地

電話

ご担当者名

雇用保険は、試用期間中なので加入しないということではできません。
試用期間中であっても雇用契約があるため、雇入れ初日より加入となります。

雇入れ日の翌月10日までにお手続きください。

個人番号の記載が必須です。
※郵送、または大村商工会議所窓口へご持参ください
FAXでの連絡はできません

個人番号 (マイナンバー)12ケタ							
フリガナ							
氏名							
生年月日	(S・H)	年	月	日	性別	男・女	
入社年月日 (雇用保険取得日)	令和	年	月	日	1週間の労働時間 (40h/w未満の場合 内訳を記入ください)	h/w	
賃金形態 賃金(見込み)額	月給	日給 月給	日給	時間給	(一日 時間×日) +(一日 時間×日)		
(交通費含む)	いずれかに○ 月額 円				※週の労働時間が40時間未満や 有期雇用の場合は労働条件通知書提出のこと		
雇用期間の定め (どちらかに○)	有・無 ※有の場合労働条件通知書提出			仕事内容			
就職経路 (どちらかに○)	ハローワークからの紹介			・		個人応募	
前職または被保険者番号							

※上記をご記入の上、雇入れた月の出勤簿またはタイムカードの写しを添付して、
追跡可能な郵便、または大村商工会議所窓口へご持参ください。(持参の場合は出勤簿ま
たはタイムカードをご持参ください) ★個人番号の記載が必須です。(FAX不可)

※雇用の期間を定めている場合、また1週間の労働時間が40時間未満の場合、「雇
入通知書」または「労働契約書」の写しを添付してください。

【記入上の注意】

- 「賃金見込み額」の欄には総支給額(色々引く前の総支給額※交通費含む)をご記入ください。
- 雇用保険被保険者証をお持ちの場合は、番号と前勤め先を、お持ちでない場合は、以前の勤務先を二社ほ
どご記入ください。(わかる範囲でけっこうです)

【加入上の注意】

- アルバイト、パートなどの従業員で、1週間の労働時間が平均して20時間を超える方、また超えて
きた方で、31日以上継続して雇入れると見込まれる方は、雇用保険に加入してください。未加入者が
離職時に失業給付の手続きに赴いた際、職業安定所の聞き取り等で加入資格有りと判断された場合、
2年遡って雇用保険料を徴収される場合があります。
- 65歳以上で雇用された方の加入も必須です。

ご記入いただきました情報は、当事務手続き、その他当組合の事業にのみ使用させていただきます。また、お送りいただきま
した本連絡用紙につきましては、手続き終了後、マイナンバーを塗りつぶした状態で写しをとり、原本につきましてはシュレッ
ダー処理とさせていただきますのでご了承ください。