

雇用保険事務依頼書

(労働保険事務組合 小国町商工会 提出用)

◎被保険者名

ふりがな 氏名						男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日		
住所	〒					
	電話					

マイナンバーはこの用紙に書かず、窓口または電話でお伝えください。

◎資格取得時（採用した月の出勤簿またはタイムカード・労働者名簿をご持参下さい）

雇用年月日	令和 年 月 日				
1週間の所定労働時間	()時間()分	職種		契約期間	有・無
給与形態	月給・日給・日給月給・時間給・その他			月額	円
被保険者番号または以前勤務していた事業所名 (複数ある場合はわかる範囲ご記入ください。)					

◎資格喪失時（退職日を含む月の出勤簿またはタイムカード・労働者名簿をご持参下さい）

離職年月日	令和 年 月 日				
離職理由					
離職票交付	(雇用保険の交付を希望するか否か)			希望する・希望しない	
賃金締切日	日	支払日	日	1週間の所定労働時間	()時間()分

※離職票を希望する場合は、賃金台帳及び出勤簿またはタイムカードを、退職日を含み過去12か月分(1か月に出勤した日が11日に満たない月がある場合12か月になるまで)ご持参下さい。

令和 年 月 日

住所
事業所名
代表者名
電話番号

印