

雇用保険資格取得届連絡票

＜従業員を雇われる際に、下記事項に記入して、FAX、MAIL、郵送または持参して下さい。＞

＜雇用保険の適用条件＞

1週間の所定労働時間が休憩時間を除いて20時間以上あり、31日以上雇う見込みがある人

連絡年月日	令和 年 月 日	※のところは該当する箇所に○を付けて下さい。
事業所名		
雇入れ日	令和 年 月 日	注) 試用期間、見習い期間も含めた最初の出勤日を御記入下さい。
フリガナ		
従業員氏名		
生年月日	年 月 日	性別※
		男・女
個人番号(マイナンバー)		
住所	〒 _____	
給与賃金	賃金形態※	月給 ・ 日給 ・ 時間給
	1カ月あたりの賃金 (総支給額)	_____ 円 注) 交通費、諸手当等含む支払い総月額
職種		
雇用形態※	正社員 ・ パートタイマー ・ 有期契約社員	
週の所定労働時間	週 時間 分 (1週間)	★労働基準法の定めにより、「1週間の所定労働時間は40時間以内」となっております
職歴※	有 ・ 無	注) 有の場合は、下記の前の勤務先名又は被保険者番号のいずれかをご記入下さい。
前の勤務先名	_____	
被保険者番号のいずれか	_____	
外国人従業員の場合	在留カードの表面と裏面のコピーを添付して下さい。	

事業主と同居親族や役員等は被保険者とはなりませんが、雇用関係が強くあり労働者扱いの場合は、お知らせください。別途・確認資料をハローワークに提出し申請します。

【お申込み・お問い合わせは】

〒516-0071 三重県伊勢市一之木4丁目644-3

三重県建設労働組合伊勢支部

TEL : 0596-23-5535

FAX : 0596-28-9031

MAIL : info@kenro-ise.jp

注) 誤送信や郵送過程での個人情報漏洩に関しては、当事務組合は一切責任を負いかねますので、御了承下さい。