

FAX 0569-23-4181

令和 年 月 日

MAIL rouho@handa-cci.or.jp

半田商工会議所 御中

事業所名

TEL

担当

雇用保険資格取得手続依頼書（入社）

個人番号(12桁)	必ず記入してください。											
フリガナ												
氏 名												
住 所												
雇 用 保 険 被保険者番号	① 過去に雇用保険に入っていた場合は、番号・前事業所名等を記入して下さい。											
	被保険者番号											
	番号不明の場合は 前事業所名等											
② 新卒者・雇用保険未加入者（左のどちらかに該当の場合は○を付けて下さい）												
性 別	男						女					
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日											
入 社 日 (試用期間も含めた最初の日)	令和 年 月 日											
雇 用 契 約 期 間 の 定 め	有 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 契約更新表記（有・無） 無											
就 職 経 路	該当に○を付けてください											
	安定所紹介	自己就職			民間紹介			把握していない				
賃 金 (通勤手当等諸手当含む)	該当に○を付けてください											
	月 給	日給月給			日 給			時間給				
	1ヶ月分の給料額 ￥											
仕 事 の 内 容	具体的に											
	1週間 の所定労働時間 時間 分 ※短時間労働者の場合は雇用契約書を添付してください											

外国人労働者（「外交」「公用」の在留資格者及び特別永住者を除く。）の場合は、下記の記入をお願いします。

氏 名 (ローマ字)	(アルファベット大文字で記入してください)												
在留カード番号 (12桁の英数字)	英字2桁		数字8桁								英字2桁		
国 籍							在留期間	西暦 年 月 日まで					
在 留 資 格													
資格外活動許可 の有無	有 ・ 無						派遣・請負労働者として主として 別の事業所で就労する場合の有無			有 ・ 無			

労働保険事務組合 半田商工会議所 担当 森、藤井、菊池、吉村

TEL0569-21-0311