**雇用保険取得届処理票**

**事業所番号**　　　０８０１－　　　 　　－

**事業所名　　　　 　　　 　　 　　　　担当者名**

　　　　　　　　　　　 （　**ＴＥＬ：　　　　　 　　 　　ＦＡＸ：　　　　 　　　　　　）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 被保険者証** | 有　　・　　無　（１．新卒　　２．紛失　　３．職歴無し） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **② 被保険者番号** |  | |  | |  | |  | | | ー | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | ー | |  | |
| **③ 職歴** | （ 職歴がある場合は ② 被保険者番号と共に、職歴も必ずご記入下さい ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **④ マイナンバー（個人番号）** |  |  | |  | |  | | | ー | |  | |  | |  | | |  | | ー | |  | |  | | |  | |  |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑤ 氏名** | 外国人雇用手続きの場合、「在留カード」  のご提示が必要になります。  Hituyouをご提示下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑥ 生年月日** | Ｓ ・ Ｈ　　 　年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | **⑦ 性　別** | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| **⑧ 取得年月日** | 令 和　　 　 年 月 日  ＊雇入日（試用期間含む） | | | | | | | | | | | | | | | **⑨ ハローワーク紹介** | | | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | |
| **⑩ 賃金（月額）** | 千円 | | | | | | | **⑪ 賃金・雇用形態** | | | | | | | | 月給 ・ 日給 ・ 時給 | | | | | | | | | | | | | |
| 一 般 | | | | | | | パートタイム | | | | | | |
| **⑫ 職種** |  | | | | | | | **⑬ 1週間の所定労働時間（20時間以上）** | | | | | | | | | | | | | | | 時間　　分 | | | | | | |
| **⑭ 契約期間の定め** | 無 ・ 有 (期間は　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日まで)  ( 契約更新の条項の有無 ： 有 ・ 無　／ 1年以上雇用する有無 ： 有 ･ 無　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 被保険者証** | 有　　・　　無　（１．新卒　　２．紛失　　３．職歴無し） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **② 被保険者番号** |  | |  | |  | |  | | | ー | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | ー | |  | |
| **③ 職歴** | （ 職歴がある場合は ② 被保険者番号と共に、職歴も必ずご記入下さい ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **④ マイナンバー（個人番号）** |  |  | |  | |  | | | ー | |  | |  | |  | | |  | | ー | |  | |  | | |  | |  |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑤ 氏名** | 外国人雇用手続きの場合、「在留カード」  のご提示が必要になります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **⑥ 生年月日** | Ｓ ・ Ｈ　　 　年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | **⑦ 性　別** | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| **⑧ 取得年月日** | 令 和　　 　 年 月 日  ＊雇入日（試用期間含む） | | | | | | | | | | | | | | | **⑨ ハローワーク紹介** | | | | | | | | | 有 ・ 無 | | | | |
| **⑩ 賃金（月額）** | 千円 | | | | | | | **⑪ 賃金・雇用形態** | | | | | | | | 月給 ・ 日給 ・ 時給 | | | | | | | | | | | | | |
| 一 般 | | | | | | | パートタイム | | | | | | |
| **⑫ 職種** |  | | | | | | | **⑬ 1週間の所定労働時間（20時間以上）** | | | | | | | | | | | | | | | 時間　　分 | | | | | | |
| **⑭ 契約期間の定め** | 無 ・ 有 (期間は　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日まで)  ( 契約更新の条項の有無 ： 有 ・ 無　／ 1年以上雇用する有無 ： 有 ･ 無　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**【お問合せ・送付先】 　〒312-8716 ひたちなか市勝田中央１４番８号**

**労働保険事務組合ひたちなか商工会議所　担当者　まで**

**TEL: ０２９（２７３）１３７１　／ FAX: ０２９（２７５）２６６６**

※ご記入いただいた個人情報は、本手続き以外では利用いたしません。