雇用保険諸手続依頼書（取得用）

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号			
氏名（ふりがな）	（　　）		
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生	性別	男　・　女
住所			
雇入日	令和　　年　　月　　日		
契約期間の定め	無・有（契約期間満了日　令和　　年　　月　　日）		
取得区分	新規雇用・学卒雇用・パートからの切替・その他		
雇用形態	一般・パート・季節・日雇		
給与額	月給・日給・時間給・週給（月額　　円）		
職種			
職歴	別途添付（被保険者番号不明時に要）		
１週間の所定労働時間	時間　　分		
マイナンバー	マイナンバーを添付のこと。 ※マイナンバーの保管せずに、届出後に直ちに廃棄します。		

添付資料

・マイナンバー

・タイムカードもしくは出勤簿の写し（雇入日の確認ため）

・雇入通知書又は雇用契約書

（送付先）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（TEL）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（FAX）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（担当）＿＿＿＿＿＿