労働保険事務組合福知山市商工会

雇用保険被保険者資格取得依頼書

事　業　所　名		
個　人　番　号		※個人番号は口頭で確認します
被保険者番号 又　は　前　職	－　－ （被保険者証をお持ちの場合は添付してください。）	
フ　リ　ガ　ナ 被保険者氏名		
性　　別	1.男　　2.女	
生　年　月　日	昭和・平成　　年　　月　　日	
取得年月日	平成　　年　　月　　日 （2ヶ月以上遡って取得する場合は出勤簿のコピーを添付してください。）	
被保険者区分	1.新規（新規学卒）　2.新規（その他）　3.日雇からの切替 4.その他　　5.出向元への復帰等（６５歳以上）	
賃金支払の態様	1.月給　　2.週給　　3.日給　　4.時間給　5.その他	
賃　金　月　額	円	
雇　用　形　態	1.日雇　　2.短時間　　3.季節的雇用　　4.その他	
業　務　内　容		
就　職　経　路	1.安定所紹介　2.自己就職　3.民間紹介　4.把握していない	
１週間の所定労働時間	時間　　分 （40時間未満の場合は、労働条件通知書を添付してください。）	
契約期間の定め	1.有　　年　月　日～　年　月　日まで 契約更新条項の　有　無 2.無　１年以上の雇用見込み　有　無	
そ　の　他	役員で　　1．ある　　2．ない 事業主の家族で　　1．ある　　2．ない	
外国人雇用の場合	被保険者氏名 (ローマ字)	
	国　籍	
	在留資格	
	在留期間	西暦　　年　月　日まで
	資格外活動	1.有　　2.無
	派遣・請負 就労区分	1.派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労する場合　　2.1に該当しない場合