

雇用保険資格取得に係る入社報告書

令和 年 月 日

事業所名	TEL () FAX ()											
フリガナ												
被保険者名	男 (フリガナ旧姓) 女 (フリガナ旧姓)											
生年月日	S・H	年	月	日	入社年月日 (資格取得日)	令和	年	月	日	※入社月の出勤簿(タイムカード)をFAXして下さい。		
従事する職種					月額賃金	円						
雇用形態	正社員(フルタイム) パートタイム 季節的雇用 日雇											
賃金支払形態	月給 週給 日給 時給 その他 ()											
1週間の 所定労働時間	時間 分				31日以上雇用 する見込み	有 無						
雇用契約期間 を有する場合	年 月 日 ~ 年 月 日				雇用契約更新 事項の有無	有 無						
雇用保険の 被保険者番号					—							—
職 歴	※雇用保険番号が不明な場合は、以前勤めていた会社名を記入して下さい											
個人番号 (マイナンバー)	事務様式第2号「雇用保険被保険者個人番号提供書」にてご提出下さい。											
個人番号(マイナンバー)発送予定日 : 月 日												

以下の欄は 外国籍の方 を採用された場合のみ ご記入ください

国 籍		在留資格	
在留期限	西暦 年 月 日まで	資格外活動 許可の有無	有 無

□外国人登録証のコピー(両面)を送付(FAX可)済み

★雇用保険に加入できる方は「1週間の所定労働時間が20時間以上かつ31日以上雇用する見込みがある場合」です
(65歳以上の方でも年齢に関係なく上記条件に該当する場合は加入が必要です)

★月額賃金には各種手当(通勤交通費・扶養・皆勤等)を含めた1ヶ月あたりの総支給額を記入してください

★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

千葉商工会議所 労働保険事務組合

電話 043-227-4103 FAX 043-227-4107

千労保様式 004(2020.07)