**羽曳野市商工会　宛　　＜FAX:072－956－1950＞**

**※ 資格取得のときは①～⑨を、 喪失のときは①、②、⑨及び二重線の枠内を全てご記入下さい。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 個人番号取得日:R　年　月　日 | 担当者 | 管理者 |
| 個人番号利用日:R　年　月　日 | 担当者 | |
| 個人番号廃棄日:R　年　月　日 | 担当者 | |

事業所名:

担当者名:

# 雇用保険資格取得・喪失手続き届出書（事務組合へ提出用）

[資格取得時の添付書類]

□1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の場合、雇用契約書を添付して下さい。

□3ヵ月以上遡って加入の場合、遡る全期間の賃金台帳（写）と出勤簿（写）を添付して下さい。

[離職票希望時の添付書類]

□賃金台帳（写）と出勤簿（写）を添付して下さい。

・賃金台帳:給与締切日に退職された場合は6か月分、それ以外の場合は7か月分

・出勤簿:給与締切日に退職された場合は1年分、それ以外の場合は1年1か月分

・離職理由によっては、他に添付書類が必要となる場合があります。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ① | フリガナ<br>氏名 | | 生年月日　昭和 平成 令和　年　月　日<br>性別　男・女 |
| ② | 1週間の所定労働時間:(　　)時間(　　)分 | | |
| ③ | ※ 法人の役員で( ある ・ ない )、事業主と同居の親族で( ある ・ ない )<br>注)法人の役員、事業主と同居の親族は原則として被保険者になりません。<br>・新規・中途区分( 新規学卒 ・ 中途採用 ・ その他 ) ・雇用保険加入実績の有無 ( 有 ・ 無 )<br>・雇用保険被保険者番号:　□□□□—□□□□□□—□<br>・雇用保険被保険者番号が不明のときは、雇用保険に加入していた事業所名と雇用期間をご記入下さい。<br>事業所名:(　　) 雇用期間:S/H/R　年　月 入社 S/H/R　年　月 退職<br>事業所名:(　　) 雇用期間:S/H/R　年　月 入社 S/H/R　年　月 退職 | | |
| ④ | 賃金 | 1.月給　2.週給　3.日給　4.時間給　5.その他(　　)<br>1ヵ月の総支給額:　　円 | |
| ⑤ | 雇入日 | 令和　年　月　日　(試用期間・見習期間を含めた在籍の初日) | |
| ⑥ | 職種 | 1.管理　2.専門・技術　3.事務　4.販売・営業　5.サービス　6.保安　7.農林漁業<br>8.生産工程　9.輸送・機械運転　10.建設・採掘　11.運搬・清掃・包装 | |
| ⑦ | 就職経路 | 1.ハローワーク紹介　2.自己就職　3.民間紹介　4.その他(　　) | |
| ⑧ | ・雇用形態: 1.正社員　2.期間契約　3.パート　4.その他(　　)<br>・契約期間の定め: 1.有 { 契約期間　令和　年　月　日 から 令和　年　月　日まで<br>契約更新条項の有無( 有 ・ 無 ) } 2.無 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 離職日 | 令和　年　月　日 | | |
| 離職理由 | | | |
| 離職票希望の有無:( 有・ 無 ) | | 離職票送付先:( 本人 ・ 事業所 ) | |
| 離職者住所 | 〒　－ | 電話番号<br>(　　)　－ | |
| 賃金締切日:(　　)日締め　賃金支払日:( 当月 ・ 翌月　　)日払い | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ⑨ | 個人番号(マイナンバー　12桁) | | | | | | | | | | | | |