

雇用保険依頼書

201512

依頼事項	入社	転勤	退社	変更（訂正）
フリガナ				性別
氏名				男・女
住所 TEL	〒 - ()			
入社・転勤年月日	平成 年 月 日			
被保険者番号			-	

入社・ 転勤	生年月日	昭平 年 月 日			
	賃金総額	円			
	就職経路	安定所紹介・自己就職・民間紹介・把握していない			
	転勤前の事業所	名称			
	所在地				
	事業所番号	-	-		
退社	離職年月日	平成 年 月 日			
	離職理由				
変更・訂正	変更・訂正事項				
	内容	フリガナ			
		正（新）			
		フリガナ			
		誤（旧）			
	変更年月日	年 月 日			
事業所名		担当者名 () TEL			

※外国人雇用状況届未提出の場合はご記入下さい（在留資格が外交または公用の者及び特別永住者は記入不要）

- ①国籍 () ②在留資格 ()
 ③在留期限 (年 月 日まで) ④資格外活動許可の有無 (有・無)
 ⑤派遣、請負労働者として主として他の事業所で就労していた場合は☑をつけて下さい ☐

1週間の所定労働時間(実労働時間) 時間 分

労働保険事務組合（一社）東京実業連合会
 TEL5652-8030 FAX5652-1880

