

# 雇用保険依頼書

労働保険事務組合（一社）東京実業連合会  
Tel.5652-8030 FAX5652-1880

202010

依頼事項		①入社	②転勤	③退社	④訂正
フリガナ					性別
氏名					男・女
旧姓（注2）		（昭・平・令 年 月 日変更）			
住所		〒 -			
TEL		（ ）			
入社・転勤年月日		昭・平・令 年 月 日			
被保険者番号					無・不明
①入社	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			
	1週間の所定労働時間	時間 分			
②転勤	転勤前の事業所	名称			
		所在地			
		事業所番号	- -		
③退社	離職年月日	平・令 年 月 日			
	離職理由				
	1週間の所定労働時間	時間 分			
④訂正	訂正事項				
	誤				
	正				
	訂正年月日	年 月 日			
事業所名		担当者名（ ） Tel			

## ※下記の注意事項をご確認のうえ、太線枠内及び該当項目を記入して下さい

（注1）外国人（在留資格が外交、公用の者及び特別永住者を除く）の取得・喪失の場合は在留カードを添付して下さい。尚、添付できない場合は、下記にご記入願います。

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在留カード番号（ ）

⑥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

（注2）令和2年の法改正により、氏名変更単独での手続きが無くなりました。今後、氏名変更が発生した場合は、取得・喪失・転勤届等の際に届出が可能ですので、ご依頼ください。その際には、旧姓と変更年月日を記入願います。