

雇用保険依頼書

201905

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	昭・平・令 年		月 日	
被保険者番号			-	無・不明

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		
	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・令 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