

# 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（※1）	②転勤	③退社（※1）	④訂正
フリガナ	トウジツ ダイスケ			性別
氏名	東実 大輔			男・女
旧姓（※2）	(昭・平・令 年 月 日変更)			
住所	〒120-0026 東京都足立区千住旭町0-0-0			
TEL	03 (1234) 5678			
入社・転勤年月日	昭 <del>平</del> 令 2年 5月 1日			
被保険者番号	5 0 0 5 - 0 0 0 0 0 0 - 8 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	名称			
	所在地			
	事業所番号	- -		
③退社	離職年月日	平 <del>令</del> 2年 6月 30日		
	離職理由	自己都合		
	1週間の所定労働時間	40 時間 00		
④訂正	訂正事項	氏名変更届は廃止され、今後は、以下の届出の際に手続きすることとなりましたので、併せて、氏名変更に関するお知らせ願います。 ・資格取得届 ・資格喪失届 ・転勤届 ・雇用継続給付の手続き		
	誤			
	正			
	訂正年月日			
事業所名	株式会社実連 担当者名 ( 佐藤 ) Tel. 03-5652-XXXX			

離職理由を記載してください。

1週間の労働時間をご記入ください

氏名変更届は廃止され、今後は、以下の届出の際に手続きすることとなりましたので、併せて、氏名変更に関するお知らせ願います。  
・資格取得届 ・資格喪失届 ・転勤届 ・雇用継続給付の手続き

外国人の場合は、在留カードを添付してください。

※下記の注意事項をご確認のうえ、太線枠内及び該当事項①～④のいずれかを記入

- (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) 氏名変更届が未届けの場合は、旧姓及び変更年月日を記入願います。