

201602

雇用保険依頼書

依頼事項	<input checked="" type="radio"/> 入社 <input type="radio"/> 転勤 <input type="radio"/> 退社 <input type="radio"/> 変更(訂正)
フリガナ	トウジツ ダイスケ 性別
氏名	東実 大輔 <input checked="" type="radio"/> 男・女
入社・転勤年月日	平成 28 年 2 月 1 日
被保険者番号	5 0 0 5 - 0 0 0 0 0 0 - 8 無・不明

被保険者番号がご不明な方は前職の会社名をお知らせください。もしくは、履歴書を添付してください。

入社・転勤	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭平 〇〇 年 9 月 2 日	
	賃金総額	258,000 円	
	就職経路	安定所紹介・ <input checked="" type="radio"/> 自己就職・民間紹介・把握していない	
	事業所名称・所在地	—	
転勤前	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	株式会社 実連		
	担当者名 (佐藤)	TEL 03-5652-8030	

入社した方の就職経路に○印を付けてください

※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ローマ字氏名 ()
- ②国籍 () ③在留資格 ()
- ④在留期限 (年 月 日まで) ⑤資格外活動許可の有無 (有・無)
- 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

外国人労働者の場合は記載してください

1週間の所定労働時間(実労働時間)
40 時間 分

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

1週間の労働時間をご記入ください