牧之原市商工会　雇用保険担当者　行　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　０５４８－５２－４８４６

※マイナンバー

|  |
| --- |
| **雇用保険取得手続き依頼書** |
| 事業所名 |  |
| 雇入年月日 | 平成・令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 被保険者番号 | ※被保険者番号がわからない場合は「　前の会社名　」を記入してください。 |
| フリガナ |  | 旧　姓 |  |
| 氏　　名 | 同居親族の場合はレ点をつけてください。□ |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　月　　日 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 賃　　金 | 月給・週給日給・時間給・その他 | 金　額 | 円（※1か月の予定金額） |
| 雇用形態 | 正社員 ・ パートタイム ・ 日雇 ・ その他（　　　　） |
| 雇用期間定め | ・無し・有（　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで）更新の有無　　　有　　・　　無 |
| 職　　種 | 　営業 ・ 事務 ・ 製造 ・ 建設 ・ サービス ・ 介護その他（　　　　　　　　　） |
| 労働時間 | 　　　：　　　　～　　　　：　　　　　（休憩　　　時間） |
| 休　日 | 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日・（　　） |
| ※外国人の場合記入をお願いします | 国　　籍 |  |
| 在留資格 |  | 在留期間 | 西暦　　　年　　月　　日まで |
| 在留カード番号 | （在留カードの右上に記載されている１２桁の英数字） |