

# 雇用保険資格取得申請書

\*申請書につきましては、該当する部分は必ずご記入いただき  
行方市商工会 へご連絡下さい。〈FAX0299-72-0634〉

受付日:令和 年 月 日

|    |                    |   |
|----|--------------------|---|
| 1  | 事業所名               |   |
| 2  | 被保険者名              | (フリガナ)<br>(漢 字) 男・女                                       |
| 3  | 生年月日               | 昭和・平成 年 月 日生  |
| 4  | 住所・TEL             | 住所：   |
|    |                    | TEL： (必須)   |
| 5  | 資格取得年月日            | 令和 年 月 日  |
| 6  | 給与形態 (○で囲んで下さい)    | 1. 月給 2. 週休 3. 日給 4. 時間給 5. その他                           |
|    |                    | 支給 予定金額 円   |
| 7  | 新規加入・再取得           | 新規加入 ・ 再取得  |
|    |                    | 前事業所名<br>(*前職事業所名または被保険者 番号は必ずご記入下さい。)                    |
|    |                    | 被保険者番号<br>(数社勤務経験がある方は、記入下さい。)                            |
| 8  | 雇用形態<br>(○で囲んで下さい) | 1. 日雇 2. 派遣 3. パートタイム 4. 有期契約労働者<br>5. 季節的雇用 6. 船員 7. その他 |
|    |                    | 有期契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                      |
| 9  | 職種                 |   |
| 10 | 就職経路(○で囲んでください)    | 1. 安定所紹介 2. 自己就職 3. 民間紹介 4. 把握していない                       |
| 11 | 1週間の所定労働時間         | 時間 分  |
| 12 | 31日以上雇用する見込み       | 有 ・ 無 (○で囲んでください。)  |
| 13 | 個人番号(マイナンバー)       | 個人情報の管理上、お電話にてお知らせください。                                   |

※ 外国人労働者を申請する場合は、在留カード(両面)・雇用条件書のコピーを添付願います。