

雇用保険・資格取得届（入社の場合）

FAX.637-3110

労働保険事務組合 宇都宮商工会議所

事業所名						
	↓※※必ず記入してください。					
フリガナ 被保険者氏名				個人番号（マイナンバー）12ケタ 		
被保険者証 ＊再交付のとき	① 被保険者証 有り（NO. — — ） ② 被保険者証 無し 被保険者証が手許になく、前職で加入していたと思われる場合はその事業所名・勤務期間・所在地等を記入下さい。 <u>事業所名</u> <u>勤 務 期 間</u> <u>所 在 地</u>					
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日			性 別	男 ・ 女	
被保険者となった原因	新規雇用(学卒) ・ 新規雇用(その他＝中途) ・ その他（転勤・出向）					
賃 金	月給 円		日 給 円		時 給 円	
雇入れ年月日	年 月 日					
雇 用 形 態	1 日雇 2 派遣 3 パートタイマー 4 有期契約労働者 5 季節的雇用 6 船員 7 その他（１～６以外の者）					
職 種 （該当職種に○をつけてください。）	1 管理的職業 2 専門的技術的職業 3 事務的職業 4 販売の職業 5 サービスの職業 6 保安の職業 7 農林漁業の職業 8 生産工程の職業 9 輸送・機械運転の職業 10 建設・採掘の職業 11 運搬・清掃・包装等の職業					
月平均稼働日数	日 就職経路		1 安定所紹介 2 自己就職 3 民間紹介 4 把握せず			
「1週間の所定労働時間」と「雇用契約期間及び契約更新条項」	① 1週間の所定労働時間 _____ 時間 _____ 分 ② ア) 雇用契約期間の定めなし。 イ) 雇用契約期間あり（ 年 月 日～ 年 月 日） 契約更新条項有無 （ あり なし ） 注：1週間の所定労働時間が20時間以上で、雇用契約期間が31日以上であると認められる場合は、被保険者となります。					
事業主との関係	同居の親族で（ある・ない） 役員で（ある・ない）					
外国人の場合	国籍、在留資格、在留期間、資格外活動許可の有無の分かる書類のコピーを呈示してください。					

＜ご参考＞ ① 契約更新条項とは、労働契約書等に、「・・・会社が業務上必要と認めた場合は、当該契約を更新することができる・・・」等の定めがあることを差します。

② 同居の親族または役員は、原則として雇用保険被保険者とはなりません。ただし、例外規定があります。詳細は担当まで。

電話 028-637-3131 FAX.028-637-3110※ 担当：地域振興部 労働保険担当

※誤送信防止の為、可能な限りFAX機へ番号登録を行い、送信後は、受信確認のお電話をお願いします。