

【ご注意ください!!】 マイナンバーを間違えなくご記入の上、必ず郵便で送付してください。(FAX 不可)
 取り扱いにはくれぐれもご注意ください。

雇用保険被保険者異動通知書

《雇用》

No.	雇用年月日	フリガナ 被保険者氏名	性別	生年月日	前事業所 被保険者番号	1ヶ月の賃金	週労働時間	職 種
1	令和 年 月 日		男・女	S 年 月 日		円	時間	
	マイナンバー							
	《契約期間の定め》 有無 (契約期間 年 月 日から 年 月 日まで 契約更新条項の有無 (イ 有 □ 無))							
2	令和 年 月 日		男・女	S 年 月 日		円	時間	
	マイナンバー							
	《契約期間の定め》 有無 (契約期間 年 月 日から 年 月 日まで 契約更新条項の有無 (イ 有 □ 無))							
3	令和 年 月 日		男・女	S 年 月 日		円	時間	
	マイナンバー							
	《契約期間の定め》 有無 (契約期間 年 月 日から 年 月 日まで 契約更新条項の有無 (イ 有 □ 無))							
4	令和 年 月 日		男・女	S 年 月 日		円	時間	
	マイナンバー							
	《契約期間の定め》 有無 (契約期間 年 月 日から 年 月 日まで 契約更新条項の有無 (イ 有 □ 無))							

※注意…一般の従業員の方より労働時間が短い場合は、雇入通知書の写しを添付してください。

※添付書類…労働者名簿、出勤簿

令和 年 月 日
 労働保険事務組合
 小野田商工会議所 殿

事業主 住所

 氏 名
 (Tel)

