

資格取得

FAX・Eメール不可

雇用保険被保険者資格取得に係る個人番号提供書

マイナンバーは、本所特定個人情報保護規程により、FAX・Eメールによる本提供書の収集は禁止されていますので、お手数ですが本所窓口へ提出又は、簡易書留郵便等でご送付下さい。

労働保険事務組合 蒲郡商工会議所行 〒443-8505 蒲郡市港町18-23

事業所名													
フリガナ（カタカナ） 被保険者氏名 <small>外国人の場合はローマ字 とカタカナ両方で記入</small>										性別	男・女		
生年月日	昭和・平成			年		月		日					
資格取得(雇用)年月日	令和			年		月		日				雇用関係に入った最初の日・試用期間含む	
被保険者となったことの原因	1.新規学卒雇用 2.新規雇用 3.日雇からの切替え 4.その他 5.出向元への復帰等												
雇用形態	1.日雇 2.派遣 3.パートタイム 4.有期契約労働者 5.季節的雇用 6.船員 7.その他												
賃金支払い態様	1.月給 2.週給 3.日給 4.時間給 5.その他												
賃金月額	千円（予定）												
職種	01.管理的職業			02.専門的・技術的職業			03.事務的職業						
	04.販売の職業			05.サービスの職業			06.保安の職業						
	07.農林漁業の職業			08.生産工程の職業			09.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									
就職経路	1.安定所紹介			2.自己就職			3.民間紹介			4.把握していない			
雇用保険被保険者番号	雇用保険被保険者番号が不明な場合は、 以前の勤務先を記入												
1週間の所定労働時間	時間			分									
契約期間の定め	無・有		期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 契約更新条項の有無： 有・無										

被保険者が外国人の場合は下記事項を記入し、併せて「在留カード」の両面コピーを添付

国籍・地域				在留資格							
在留期間	西暦 年 月 日まで			資格外活動許可の有無			有・無				
派遣・請負就労区分	1.派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労する場合 2.1に該当しない場合										

雇用保険手続きは、マイナンバーがないと受理されませんので忘れずに記入

マイナンバー (被保険者個人番号)											
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--