（労働保険事務組合大津商工会議所　FAX526－0795）

雇用保険被保険者資格取得届事務処理連絡票

令和　　年　　月　　日

取得区分	1. 新規　2. 再取得		
事業所名			
事業所所在地	〒	事業所TEL	
フリガナ 被保険者氏名	（男・女）	生年月日	S／H　年　月　日
※被保険者番号	―　―		
	以前の勤務先名（　　） ※以前他の事業所に勤務していた場合ご記入ください。（番号がわからない場合は以前の勤務先名）		
被保険者となった年月日（雇用した年月日）	令和　年　月　日　**※出勤簿・タイムカードのいずれかを添付してください**		
被保険者となったことの原因	1. 新規学卒　2. 新規雇用　3. 日雇からの切替　4. その他　8. 出向元への復帰等（65歳以上）		
賃金　支払形態	1. 月給　2. 週給　3. 日給　4. 時間給　5. その他（　　）		
賃金　月額	円		
雇用形態	1. 日雇　2. 派遣労働者（登録型）　3. 短時間就労者（パートタイム） 4. 有期契約労働者（パート労働者、派遣労働者を除く）　5. 季節的雇用　6. 船員　7. その他（常用労働者）		
職　種 ※雇用者の職種	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・梱包の職業		
所定労働時間	**1週間**（　　時間　　分）		
契約期間の定めの有無	1. 有（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　ロ. 無）） （31日以上引き続き雇用する見込みの有無（イ. 有　ロ. 無）） 2. 無		

※以下をご確認ください※
●事業主の同居家族は原則加入できません。●役員は労働者性の強い場合加入できる場合があります。

事業主と同居の親族で（ ある ・ ない ）	役員で（ ある ・ ない ）

●雇入通知書、出勤簿、賃金台帳、その他記載内容を確認できる書類をご提出ください。

●契約期間の定めのある場合はそれの分かる書類をご提出ください。

●所定労働時間が週30時間未満（パートタイマー）の方は雇入通知書を添付してください。

◎同居家族・役員の加入につきましては別途労働者性の証明が必要となります。担当までご連絡ください。

労働保険事務組合大津商工会議所　〒520-0806　大津市打出浜2-1コラボしが21　9F
TEL:077－511－1500　／　FAX:077－526－0795　担当 砂崎

※マイナンバー取得のための提供書もご提出ください。提供書はFAXでは送信しないでください。必ず郵送にてご提出ください。※