

雇用保険 加入

商工会FAX 2-3142

事業所名													
フリガナ													
氏名												男	
												女	
マイナンバー													
生年月日	S	H	年	月	日								
被保険者番号	※以前加入されていて番号不明の場合は、前会社名・前会社住所・在籍期間を記入して下さい。												
雇用年月日	H	年	月	日									
職 種													
給 与	時給 日給 月給 (○をつけてください)												
	一か月の給与額(見込み額を記入して下さい) 円												
週の労働時間													時間
契約期間の定め	有	契約期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで											
		契約更新条項の有無 有 無											
	無												

雇用保険の加入条件 一週間の所定労働時間20時間以上
30日以上雇用の見込みがある
(試用期間含む)

以下 商工会記入欄

商工会受付日	年	月	日
総合事務所提出日	年	月	日
総合事務所返却日	年	月	日
事務所伝達日	年	月	日

雇用保険 加入

商工会FAX 2-3142

事業所名													
フリガナ													
氏名												男	
												女	
マイナンバー													
生年月日	S	H	年	月	日								
被保険者番号	※以前加入されていて番号不明の場合は、前会社名・前会社住所・在籍期間を記入して下さい。												
雇用年月日	H	年	月	日									
職 種													
給 与	時給 日給 月給 (○をつけてください)												
	一か月の給与額(見込み額を記入して下さい) 円												
週の労働時間													時間
契約期間の定め	有	契約期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで											
		契約更新条項の有無 有 無											
	無												

雇用保険の加入条件 一週間の所定労働時間20時間以上
30日以上雇用の見込みがある
(試用期間含む)

以下 商工会記入欄

商工会受付日	年	月	日
総合事務所提出日	年	月	日
総合事務所返却日	年	月	日
事務所伝達日	年	月	日