

雇用保険届出票

(新規採用・新規取得)

ご記入の上このまま FAX ください

FAX 06-6568-7093

枝番 -

0-

-

医院名		担当者 (記入者)		
院長名 (会員名)		TEL		FAX

ふりがな		女 ・ 男	採用日 (取得日)	令和	年	月	日	
採用者氏名 (加入者名)			生年月日	昭和・平成		年	月	日
採用者住所 (3カ月以上遡り加入の場合のみ)	〒							
職 種 (いずれかに○を)	看護師・事務・介護職 左記以外の職種 ()							
雇用形態 (いずれかに○を)	常勤・パート ※パートの方は『労働条件通知書』が必要です							
就職経路 (いずれかに○を)	1 安定所紹介 2 自己就職 3 民間紹介 4 把握していない							
1週間の所定労働時間	時間	賃金月額 (月給・時給)		約	万	千円		
		↑いずれかに○を					／月額	
雇用保険加入歴	ない(新卒・その他)・ある → ↑いずれかに○を		ある場合、被保険者番号を記入ください					
前勤務先の名称 (加入歴ありで番号不明の場合)							年	月頃退職

*雇用保険加入歴がある場合、被保険者番号または前勤務先の名称を必ずご記入ください。ご記入がない場合、新規の番号での手続きになります

下記のマイナンバー欄のどちらかに必ずチェックをしてください

マイナンバー (個人番号)	<input type="checkbox"/> 提供しない—※本人から提供がなくても本人及び事業所に不利益はありません
	<input type="checkbox"/> 提供する—※別途マイナンバー届出書を特定記録郵便でお送りください

マイナンバー (個人番号) について

マイナンバーを提供する場合は、別途マイナンバー届出書を特定記録郵便でお送りください
(マイナンバー届出書がご入用の場合は組合へお問い合わせください)
届出票が組合に届いてから1週間以内にマイナンバー届出書の送付がない場合は、再度確認のご連絡をいたします
※従業員はマイナンバーの提供を拒んでも、ご本人及び事業所に不利益はございません

*再取得の場合、加入日は前勤務先の退職日以降の日付でお届けください。(異なる事業所で重複して雇用保険に加入することはできません)

*採用日から3カ月以上経過している場合は、採用時点から直近までの賃金台帳(給与明細)と出勤簿(タイムカード)を添付してください。

*本票をご提出されてから被保険者証送付まで、約2週間かかります。

試用期間やアルバイトの方であっても1週間の所定労働時間が20時間以上の方は雇用保険に加入していただく必要がございます
パート・アルバイトの方の手続きには『労働条件通知書』が必要ですので添付をお願いいたします

FAX 06-6568-7093

大阪府保険医協同組合・労働保険事務組合

担当：森田 TEL 06-6568-2741