

雇用保険連絡票 取得

- マイナンバー欄の下4ケタは、別途電話、E-mail等でお知らせください。
- 採用等年月日へは、入社日、もしくは雇用保険に該当することになった日を記入してください。
- 採用時、被保険者番号が不明の際は、履歴書の写しを添付してください。
用意が出来ない際は、備考欄へ職歴を正式名称（株式会社〇〇、〇〇商店等）でご記入ください。
- 職歴がなく、初めて雇用保険に加入する方は、備考欄へ「新規」と記入してください。
- 外国人を採用の際は、在留カード(両面)の写しを添付してください。

事業所情報			
事業所名			担当 様
雇用保険番号		電話	
労働保険番号		FAX	

通信欄

1	被保険者番号			マイナンバー	-	
	フリガナ		性別	生年月日	採用等年月日	
	被保険者氏名			職種	賃金額 (交通費含)	円
	備考					
2	被保険者番号			マイナンバー	-	
	フリガナ		性別	生年月日	採用等年月日	
	被保険者氏名			職種	賃金額 (交通費含)	円
	備考					
3	被保険者番号			マイナンバー	-	
	フリガナ		性別	生年月日	採用等年月日	
	被保険者氏名			職種	賃金額 (交通費含)	円
	備考					
4	被保険者番号			マイナンバー	-	
	フリガナ		性別	生年月日	採用等年月日	
	被保険者氏名			職種	賃金額 (交通費含)	円
	備考					
5	被保険者番号			マイナンバー	-	
	フリガナ		性別	生年月日	採用等年月日	
	被保険者氏名			職種	賃金額 (交通費含)	円
	備考					

東京食品福祉厚生事業団
Tel/03-5828-7200
Fax/03-5828-7203

確認印	入力者印	担当者印