平成　　年　　月　　日

雇用保険被保険者連絡票　取得

ご記入にあたって

- マイナンバー欄の下４桁（※印）は記入しないでください、別途電話等で確認いたします。
- 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○○、○○商店等）でご記入ください。
- 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	
事業所番号	－　　－		
電話		Fax	

通信欄

1	被保険者番号		－		－		マイナンバー		－		－	※	※	※	※	
	フリガナ			生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	採用等年月日	平成	年	月	日			
	被保険者氏名	1．男 2．女		職種	1.調理 2.接客 3.販売 4.その他（　）				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			生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	採用等年月日	平成	年	月	日			
	被保険者氏名	1．男 2．女		職種	1.調理 2.接客 3.販売 4.その他（　）				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			生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	採用等年月日	平成	年	月	日			
	被保険者氏名	1．男 2．女		職種	1.調理 2.接客 3.販売 4.その他（　）				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			生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	採用等年月日	平成	年	月	日			
	被保険者氏名	1．男 2．女		職種	1.調理 2.接客 3.販売 4.その他（　）				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			生年月日	1.昭和 2.平成	年	月	日	採用等年月日	平成	年	月	日			
	被保険者氏名	1．男 2．女		職種	1.調理 2.接客 3.販売 4.その他（　）				賃金額（交通費含）	円						
	備考															

東京食品福祉厚生事業団
Tel/03-3404-0119
Fax/03-5411-1871
mail/jigyodan01@toshoku.or.jp

確認印	入力者印	担当者印