

労働保険番号	11	3	01	93004				
--------	----	---	----	-------	--	--	--	--

労働者名簿 (枚中 枚)

川口商工会議所労働保険事務組合処理規約第8条
第1項により、 年 月 日現在の労働者
名簿を次のとおり報告する。

年 月 日

川口商工会議所労働保険事務組合 様
(事業主を含む役員または家族従業員)

所在地 _____

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

TEL _____ FAX _____

(担当者携帯番号 _____)

番号	氏 名	フリガナ	住 所	事業主との関係 (役職)	特別加入の有無
1				()	有 無
2				()	有 無
3				()	有 無
4				()	有 無
5				()	有 無

(労働者・アルバイト等)

番号	フリガナ 氏 名	住 所	性別 ○印	生 年 月 日	雇 用 年 月 日	常用 は△	職 種	月 額 賃 金
1			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
2			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
3			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
4			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
5			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
6			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
7			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
8			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
9			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			
10			男 女	昭 平 年 月 日	昭 平 年 月 日			

注) 1. 報告日現在において、雇用保険被保険になっている者は、番号に○印を付けること。

2. 住所欄は〇〇市〇〇町〇-〇〇-〇まで記載してください。

3. この名簿は、報告日現在において使用するすべての労働者について記入する。ただし、個人企業の場合は事業主・家族従業員、法人企業の場合の代表取締役・取締役及び家族従業員は、上段の名簿に記載してください。(非常勤役員は、記載しないこと。)

4. 取得した個人情報については、労働保険業務以外の目的には使用いたしません。