|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **労働保険番号**  （保険番号が複数あれば  全て記入） | 11 |  |  | 93004 |  |  |  |  |
|  |  | 93004 |  |  |  |  |
|  |  | 93004 |  |  |  |  |
|  |  | 93004 |  |  |  |  |

**労　働　者　名　簿**（　　　枚中　　　枚）

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

TEL　　　　　　　　　　 FAX

代表者携帯番号

**川口商工会議所労働保険事務組合 御中**

　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、令和４年　４月　１日現在の労働者

名簿を次のとおり報告する。

　令和４年　　月　　日

（事業主を含む役員または家族従業員）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 生 年 月 日 | 雇 用 年 月 日 | 職　種 | 月額  賃金 |
| １ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ２ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ３ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ４ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ５ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ６ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ７ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ８ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| ９ |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |
| 10 |  |  | 男  女 | 昭  平　　年 　月　 日 | 昭　令  平　　年　 月 　日 |  |  |

**【注】**１．**4月1日現在において、雇用保険被保険者になっている者には、「番号」欄に○印を付けること。**

　　　 ２．住所欄は○○市○○町○－○○－○まで記載してください。

　　　 ３．この名簿は、**４月１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、

　　　　　 個人事業所の場合は事業主・家族従業員、法人事業所の場合の代表取締役・取締役及び家族従員は、

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。