雇用保険被保険者資格（取得・喪失）届作成依頼書

取得届

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭・平　　年　　月　　日
住所	
マイナンバー	□□□□□□□□□□□□ ※個人番号登録・変更届出書をご提出いただける場合はこの欄への記載は必要ありません。
取得日	年　　月　　日
１週間の所定労働時間	１週　　時間　　分 ※１週間の所定労働時間が２０時間未満の方は被保険者とはなれません
性別	男　・　女
雇用形態	常用・パート・季節労働者
職種	
賃金	月給・日給・時間給　　円
雇用保険被保険者番号	□□□□－□□□□□□－□
前職の会社名	前職： ※被保険者番号が不明、履歴書を添付できない場合に記載してください
就職経路	安定所紹介　・　自己就職　・　民間紹介 把握していない

上記記載事項について手続きをお願いします。

川口商工会議所労働保険事務組合　殿

＊記載の雇用保険届出事務の目的以外で貴社の従業員の個人番号（特定個人情報）を使用することはありません。

喪失届

フリガナ		
氏名		
生年月日		昭・平　　年　　月　　日
住所		
マイナンバー		□□□□□□□□□□□□ ※個人番号登録・変更届出書をご提出いただける場合はこの欄への記載は必要ありません。
退職日等		年　　月　　日
１週間の所定労働時間		１週　　時間　　分
補充採用予定		有　・　無
解職理由		※具体的にご記入ください
離職票希望		離職票必要　・　不要
有の場合	賃金形態	月給　・　日給　・　時間給
	賃金の〆日 支払日	毎月　　日〆 当月・翌月　　日払

年　　月　　日

事業所住所　〒

事業所名

代表者名

電話番号　　㊞