

- \* 常用・パート等にかかわらず雇用した時に作成、変更が生じた場合は追記すること。
- \* 原本は事業所にて離職後3年まで保存、事務組合への届出は必ずコピーで行うこと。

## 労働者名簿

枝 番		雇用保険事業所番号		事業所TEL	
事業所名				事業主氏名	⑩
事業所所在地					
フリガナ			生年月日	昭・平	年 月 日
氏 名			個人番号 (マイナンバー)		

\* 下記の内容は雇用保険資格取得の手続に必要なデータとなりますので必ずご記入下さい。

雇用年月日	令和	年	月	日	賃金月額	支払態様
					円	月給・日給・時間給
* 試用期間中も1週間の所定労働時間が20時間を超える場合は被保険者となりますので就労した最初の日を記載してください。						
雇用形態	常用・パート	1週間の所定労働時間			時間	業務の種類
* 但し20時間未満は雇用保険の被保険者になりません。						
再取得	雇用保険被保険者番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>		前事業所名 ( )	
* 雇用保険被保険者証を添付できない場合は、前事業所名を記入いただくか、履歴書の職歴欄のコピーを添付して下さい。						
新規	雇用保険新規加入		( 新 卒 ・ 既 卒 )			

\* 下記の内容は被保険者名の変更の手続に必要なデータとなりますので必ずご記入下さい。

フリガナ		変更年月日	令和	年	
氏名変更	旧	新	月 日		

\* 下記の内容は雇用保険資格喪失の手続に必要なデータとなりますので必ずご記入下さい。

退職年月日	令和	年	月	日	1週間の所定労働時間	時間
退職票交付希望	有・無 * 主に有は失業給付を申請される方、無は転職等で失業給付を申請されない方					
賃金支払態様	完全月給・日給月給(基礎日数: 有( )日・無)・時間給・日給 * 日給月給制で基礎日数の設定が無い場合、時間給・日給の場合は過去1年程度のタイムカード等のご提出をお願いすることがあります。					
退職理由	* 該当するものに○を付し、①③⑧⑨の場合は具体的な理由を下記に記載して下さい。					
① 解雇(事業主都合・懲戒等) ② 契約期間満了(労働者は契約の更新又は延長について希望していた・希望していなかった・申し出はなかった) ③ 事業主の勧奨による退職 ④ 定年( 歳/労働者は定年後の継続雇用を希望していた・希望していなかった ) ⑤ 定年( 歳)後の勤務延長又は再雇用の終了( 歳) ⑥ 1週間の所定労働時間が短縮し、20時間未満になった(本人都合・事業主都合) ⑦ 病医院の閉鎖による退職 ⑧ 本人の申し出 ⑨ その他						
具体的理由						
本人現住所	〒 _____					
* 送付先が現住所と異なる場合は別途お知らせください。 本人連絡先TEL _____						
お問い合わせ担当者名						電話番号
_____						