事務様式第１号

令和　　年　　月　　日

沼津商工会議所
労働保険事務組合　御中

事業所名
住　　所　　印
電話番号
（担当者　　TEL　　）

①　雇用保険資格取得届

フリガナ		性　別
被保険者名		男　・　女
生年月日	S　・　H　　年　　月　　日	
採用年月日	平成　・　令和　　年　　月　　日	
賃金形態	月額　・　日給　・　時間給	月当り　　千円
雇用形態	常用　・　有期契約（契約期間　年　月　日～　年　月　日　契約更新　有　・　無）	
	日雇　・　派遣　・　その他　（　　）	
１週間の労働時間	時間　　分	職　　種
過去被保険者になったことが有るか無いか	有　資格取得届と一緒に郵送・持参して下さい（コピー可） 被保険者証紛失した場合→下記に前職または被保険者番号記入 事業所が複数ある場合はすべて記入 （　　） 無　新卒者・一度も雇用保険を取得したことがない人	
備　考		

沼津商工会議所 労働保険事務組合
〒410-0046　沼津市米山町６－５　TEL 921-1000　FAX 受付不可

【マイナンバー記入欄】

個人番号												