

【雇用保険加入連絡票】

※こちらの用紙はコピーをしてご利用ください

雇用保険に加入をされる方について下記の項目をご記入頂きますようお願い致します。

【1】店舗名 → (ファミリーマート.....店) ご担当者様氏名 → (.....)

フリガナ

【2】加入される従業員の氏名 → (.....)

【3】マイナンバー → (.....) 本人事由による提出拒否 →

※取扱には十分注意下さい。マイナンバーは電話にて受付も可能です。

【4】性別 → (男・女)

【5】生年月日 → (.....年 月 日)

【6】今までに雇用保険に加入したことが → (ある・ない)

【7】6の質問で「ある」と答えた方は、被保険者番号をご記入ください。(被保険者証に記載されております) → (.....)

【8】6の質問で「ある」と答えた方で、被保険者番号が不明の場合は、前職の事業所名・在籍期間をご記入ください。(複数ある場合はお手数ですが全てご記入下さい)

※記入例・・・〇〇株式会社(△年△月△日～△年△月△日)

(.....)

【7】加入希望年月日(入社年月日) → (.....年 月 日)

【8】賃金額 → (月給・週給・日給・時間給・・・.....円)

【9】賃金の内訳 → (他手当.....円・交通費.....円)

【10】予想される残業時間 → (.....時間)

【11】勤務状況 → (1日.....時間、週.....回勤務)

【12】契約期間の定め → あり(契約期間.....年 月 日～.....年 月 日まで)

なし(31日以上雇用する見込み) → (.....年 月 日)

上記の項目にご記入頂き、下記まで郵送または FAX にてご連絡ください。 担当:.....宛

中部労務管理保険組合 〒460-0015 名古屋市中区大井町 2-11 FAX 052-321-1108