|  |
| --- |
| (雇用保険資格取得手続)  雇　入　報　告　書  令和　　年　　月　　日  会社名(事業所名)  住　　　　　所  代　表　者　名  連絡先担当者氏名  連絡先担当者MAIL  連絡先担当者TEL  **《入社された方》**   1. 被保険者名**(フリガナ)**　　　　　 　　　　　　　　　男・女 2. 雇 入 日　　令和　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日   ※入社日ではなく雇用保険の対象となった日   1. 住　　所 2. 生年月日　　　　大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日 3. 対象の方の属性　　①役員　②事業主の同居親族　③在宅勤務　④学生   ※該当する番号すべてに〇を付けてください  　6. 仕事の内容  7. 一週間の所定労働時間　　　　　　 時間　　分  　8. 賃　　金　月給・週給・日給・時給・その他　見込月額　　　　円  　9. 雇用期間の定め　・有（雇用契約書等添付）　・無  10. 雇用原因　　・新規学卒・中途採用・その他  11. 在留カードの確認　 ＊外国籍の方は在留カードのコピー  12. マイナンバー  13. 雇用保険被保険者証　・有・無・不詳  　（番号）　　　　　□□□□―□□□□□□－□  　　番号が不明の場合、以前働いていた事業所名・住所・電話等記入 |

労働保険事務組合　名古屋商工会議所宛

MAIL:nccila@nagoya-cci.or.jp

FAX:052-231-8259