|  |
| --- |
| (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