

連絡表

雇用保険

【会社情報】

会社名			
担当者名		連絡先	
提出日	年	月	日

【従業員基本情報】

マイナンバー			
フリガナ			
従業員氏名			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日	年	月	日
従業員住所	〒		

※外国人労働者の場合は在留カードの表裏を添付してください。

【雇用情報（資格取得時）】 該当する箇所に記入又は○をつけてください。

被保険者理由	新規雇用（学卒・その他）／日雇からの切替／その他／ 出向元への復帰等（65歳以上）		
賃金月額	月額	円	形態（月給／日給／時給）
雇用年月日	年	月	日
雇用形態	（正社員／契約社員／パート／アルバイト／その他）		
職種			
就職経路	（安定所紹介／自己就職／民間紹介／把握していない）		
週所定労働時間	時間	分	
契約期間	～		

※雇入れ通知書（写）、タイムカード（写）も提出ください。

【変更届（該当時のみ）】 該当する箇所に記入又は○をつけてください。

変更内容	（氏名変更／住所変更／労働時間変更／その他）		
変更日	年	月	日

【資格喪失（退職）情報】 該当する箇所に記入又は○をつけてください。

退職年月日	年	月	日
退職理由	（自己都合／会社都合／契約満了／その他）		
離職票の有無	（有／無）	賃金締日	日締
賃金支払日	<input type="checkbox"/> 当月	<input type="checkbox"/> 翌月	日払

※離職票交付の場合は1年分の出勤簿と6ヶ月以上の賃金台帳を提出ください。

事業所名

印