

雇用保険資格取得に係る入社報告書

令和 年 月 日

事業所名	TEL:										
フリガナ											
被保険者名	※同居の親族ですか (はい・いいえ)										
生年月日	S・H	年	月	日	入社年月日 (資格取得日)	令和	年	月	日		
従事する業務内容					月額賃金	円					
雇用形態	正社員 (フルタイム) ・ 有期契約労働者 ・ パートタイム ・ その他										
賃金支払形態	月給 ・ 日給 ・ 時給 ・ その他										
1週間の 所定労働時間	時間			分	雇用契約期間の定め	有 ・ 無					
雇用契約期間の 定めが有の場合	(契約期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				(雇用契約更新条項)		有 ・ 無				
雇用保険の 被保険者番号	—										
職 歴	※ 雇用保険番号が不明な場合は、以前勤めていた会社名を記入して下さい										
<p>※ 外国籍の方 を採用された場合は、在留カードの写しを貼ってください</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>の り し ろ</p> </div>											
表 面					裏 面						
<p>※船橋商工会議所が記入します。(マイナンバー廃棄日: 月 日 印)</p>											
個人番号(マイナンバー)の ご記入をお願いします											

★提出方法は、ご郵送またはご来所のみとさせていただきます。※FAXやメールは不可。

★雇用保険の加入条件：1週間の所定労働時間が20時間以上かつ31日以上雇用する見込みがある場合
(65歳以上の方でも年齢に関係なく上記条件に該当する場合は加入が必要です)

★月額賃金には各種手当(通勤交通費・扶養・皆勤等)を含めた1ヶ月あたりの総支給額を記入してください

【提出先】船橋商工会議所 労働保険事務組合 〒273-8511 船橋市本町1-10-10 電話：047-435-8211