

採用連絡票(雇用保険のみの方)

従業員の方を採用された際の連絡用にお使い下さい。

事業所名 _____ 様

※ ご記入の上ご返信ください。

(以下にご記入頂くか、項目を採用時の履歴書等を添付してお知らせ頂いても構いません。)

フリガナ	
お名前	様
性別	男性 ・ 女性
郵便番号	〒
ご住所	
生年月日	年 月 日
入社日(雇用保険取得日)	年 月 日
以前雇用保険に加入していた会社名	
雇用保険被保険者番号	
※ マイナンバー	
労働契約期間の定め	なし ・ あり(/ ~ /)
1ヶ月の見込賃金	円
お給料の支払方法	月給 ・ 日給 ・ 時給
その他事項記載欄	
※労働契約期間の定めのある場合は労働契約書の写しを添付してください。	
※外国人の場合(日本国籍以外の方)は、必ず在留カード(写)を添付してください。	
※助成金対象者の場合はその旨をこちらに記載してください。	
※マイナンバーの取り扱いにはご注意ください。お電話でのご連絡をお勧め致します。	
※6か月を超えて遡及する場合は、雇入れ時から直近までのタイムカード、給与明細の写しを添付してください。	

茨城労働保険管理協会
〒305-0853
茨城県つくば市榎戸681-4
TEL 029-837-1811
FAX 029-837-1813