

雇用保険加入届

委託 NO _____

(労働者名簿)

診療所名 _____

歯科医院

事業主名 _____

| | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----|---------------------|---------------------------------|
| フリガナ | | 性別 | 加入日 (最初の勤務日) | 令和 年 月 日 |
| 氏名 | | 男・女 | 給料 (税引き前の総合計) | 万円 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生 | | 1週間の労働時間 (休憩を除く) | 時間 |
| 現住所 | 〒 - | | 職種 | 歯科医師・歯科衛生士・歯科助手 歯科技工士・事務・その他 |
| | | | | |
| 電話番号 | () - | | ※退職日 | 令和 年 月 日 |
| 最終学歴・職歴 | | | ※退職理由 | 自己都合・定年・解雇・その他 |
| 年 月 日 | | 卒業 | ※離職票の交付 | あり・なし |
| 年 月 日 | | 退職 | ※職業安定所確認印 | 加入時 |
| 以前の職場で 雇用保険に | 入っていた・入っていない 被保険者番号 - | | | 喪失時 |

★ 1週間の労働時間が20時間以上30時間未満の場合、または非常勤の方は、雇入通知書が必要です。裏面にもご記入ください。

★ ①マイナンバーカード(両面・番号確認と身元確認)写しもしくは②通知カードの写し又は住民票(個人番号付)(番号確認) + 運転免許証、健康保険資格確認書など(身元確認)の写しを必ずご提出ください。ご提出頂いた書類は加入手続き完了後、速やかに破棄させていただきます。

※印の欄は記入しないで下さい。