|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | 届出日 | 交付日 | 処理日 |
|  |  |  |  |

＜雇用保険被保険者異動連絡票＞

下記のとおり雇用保険被保険者の採用（取得）がありましたので連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  |
|
| マイナンバー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | S ・ H　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 給与形態 | 月給　・　日給　・　時給 | 総支給額 | 月額　　　　　　万円 |
| 取得区分 | １ 新規（雇用保険に今まで加入したことのない場合）２ 中途（前職で雇用保険に加入していた場合）※職歴を記入または前職の被保険者証を添付職歴 例：〇〇歯科医院、株式会社○○　　　　　　　　　　　　　 |
| 資格取得日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日５ヶ月以上経過の場合は、採用時からのタイムカード・給与明細書・雇用契約書のコピーを添付※１週間の労働時間が20時間以上であれば試用期間中でも取得する必要があります。 |
| １週間の所定労働時間　　　　時間　　　分　（３０時間未満の場合は、雇用契約書のコピーを添付） |

以下は外国人の方の場合のみ上記と併せて必ず記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（ローマ字） |  |
| 在留カード番号（12桁の英数字） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 資格外活動の許可の有無 | １．有　２．無 |
| 在留期間 | (西暦)　　　　年　　月　　日まで | 国籍・地域 |   |
| 派遣・請負就労区分 | １．派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労する場合２．１に該当しない場合 | 在留資格 |  |

上記の記載内容は相違ないことを認めます。　事業所住所

　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　　　　　　　事業主氏名

本連絡票はコピーしてお使いいただけます。

【提出時の注意事項】

**※該当箇所は必ずご記入ください。**

**※ご提出前に記入漏れ添付書類漏れがないか必ずご確認をお願いいたします。**

**※記入漏れ添付書類漏れがある場合は、申請にお時間がかかることをご承知おきください。**

【法定三帳簿について】

従業員の雇い入れを行った場合には、労働基準法により、「労働者名簿」「賃金台帳」「出勤簿」を作成し、従業員の退職後、三年間保存することが義務付けられております。

雇用保険被保険者の喪失お手続きの際に、上記帳簿の提出が必要となりますので、必ず御作成くださいますようお願いいたします。

※「労働者名簿」と「出勤簿」の参考様式を埼玉県歯科医師会ホームページからダウンロードできます。