**雇用保険連絡票**

**雇い入れ用**

**※以下、すべての必要事項をご記入のうえご提出ください。**

【事業所名】　 　　 　（TEL　　　　　－　　　　　/担当者名　　　　　 ）

フリガナ:

1.被保険者氏名：　 　　　　　（　男　・　女　）

2.被保険者生年月目　　　 年 月 日　生

3.資格取得年月日(雇用された日)　　　 年 月　　　日

**※合わせて、取得月の出勤簿orタイムカードの写しを添付して下さい。**

4.賃　金　(　月給・週給・日給・時給　)　 円

(日給・時給等の場合1ヵ月の給与　　 円)

5.1週問の所定労働時間: 時間

6.職 種:

 (具体的に: )

7.雇用形態　(　①正社員　②日雇　③派遣　④パートタイム　⑤有期雇用　⑥季節的雇用　⑦船員　)

8.契約期間の定め：　有　（平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日）**※労働条件通知書添付**

　　　　　　　　　　無

9.被保険者となった原因: 　①新規雇用（新卒）　②新規雇用（既卒）③日雇からの切替　　④その他

10.被保険者雇用保険番号　 　　　（以前、雇用保険に加入していた方）

※雇用保険番号が不明な場合、これまでの勤務先を記入してください。（複数可）

( 　　　　　 )

11.　・個人事業所⇒ 事業主の親族で（　有　・　無　）　・法人事業所⇒ 取締役等で（　　有　・　無　　）

**南城市商工会労働保険事務組合　宛**

**FAX947－6559**