

労働保険被保険者資格取得届

930780

No.(枝番) _____

平成 年 月 日

診 療 所 名	住 所	連 絡 先	会 員 名
	〒 -	電 話 - - F A X - -	⑩

注意:平成 30 年5月以降に雇用保険に加入する従業員は個人番号(マイナンバー)が必要になりました。

一週間の 労働時間数	ふりがな	性別	生年月日 (平成 18・1・1)	雇用年月日 (平成 18・1・1)	職 種	賃 金	住 所	雇用保険被保険者番号
	従 業 員 氏 名							または前勤務医先
		男 ・ 女	昭和・平成	平成	歯科医師 技工士 歯科衛生士 助手・受付 その他 ----- 正社員・パート	月給 日給 時給 円	〒 -	- -
			・	・			電話 () -	前勤務先名・新卒
		男 ・ 女	昭和・平成	平成	歯科医師 技工士 歯科衛生士 助手・受付 その他 ----- 正社員・パート	月給 日給 時給 円	〒 -	- -
			・	・			電話 () -	前勤務先名・新卒
		男 ・ 女	昭和・平成	平成	歯科医師 技工士 歯科衛生士 助手・受付 その他 ----- 正社員・パート	月給 日給 時給 円	〒 -	- -
			・	・			電話 () -	前勤務先名・新卒

次の場合は下記の必要書類（コピー）を添付して下さい。

- ◎雇用される正社員・パートすべての方 雇用保険被保険者番号が不明な場合、**履歴書**（前勤務先名を確認する為）
- ◎一週間の労働時間が 20 時間以上の方 **個人番号**（次のいずれか 1 点 カード、番号通知の写し、番号が記載された住民票）
- ◎パート従業員（短時間被保険者含む） **雇入通知書・タイムカードと賃金台帳**
- ◎雇用日より 1 ヶ月以上経過後の申込 **雇用月のタイムカードと賃金台帳** 労働保険事務組合 宮城県歯科医師会