

# 雇用保険被保険者資格取得届

No.

提出年月日 令和 年 月 日

|      |     |         |     |
|------|-----|---------|-----|
| 診療所名 | 住 所 | 連絡先     | 会員名 |
|      | 〒 - | 電話 - -  | 印   |
|      |     | FAX - - |     |

注意：平成30年 5 月以降雇用保険の手続きに個人番号（マイナンバー）が必要になりました。

| 一週間の<br>労働時間数 | ふりがな  | 性別          | 生年月日    | 雇用年月日   | 職 種     | 賃 金                | 住 所    | 雇用保険被保険者番号 |
|---------------|-------|-------------|---------|---------|---------|--------------------|--------|------------|
|               | 従業員氏名 |             |         |         |         |                    |        | 不明の場合は前勤務先 |
| 時間            |       | 男<br>・<br>女 | 昭和 ・ 平成 | 平成 ・ 令和 | 歯科医師    | 月給                 | 〒 -    | - -        |
|               |       |             |         |         | 技工士・衛生士 | 日給(月総額)<br>時給(月総額) |        |            |
|               |       |             | ・ ・     | ・ ・     | 助手・受付   |                    |        | 前勤務先名・新卒   |
|               |       |             |         |         | その他     |                    |        |            |
|               |       |             |         |         | 正社員・パート | 円                  | 電話 - - |            |
| 時間            |       | 男<br>・<br>女 | 昭和 ・ 平成 | 平成 ・ 令和 | 歯科医師    | 月給                 | 〒 -    | - -        |
|               |       |             |         |         | 技工士・衛生士 | 日給(月総額)<br>時給(月総額) |        |            |
|               |       |             | ・ ・     | ・ ・     | 助手・受付   |                    |        | 前勤務先名・新卒   |
|               |       |             |         |         | その他     |                    |        |            |
|               |       |             |         |         | 正社員・パート | 円                  | 電話 - - |            |

◎提出書類について

- ・雇用保険加入すべての方・・・個人番号（カードor番号通知の写し、番号が記載された住民票のコピー）
- ・有期契約労働者の方・・・労働条件通知書のコピー
- ・雇用日より 6 ヶ月以上経過後の取得申請・・・雇用月からのタイムカードと賃金台帳・遅延理由書

◎雇用保険について

- ・1 週間の所定労働時間が 20 時間以上かつ 3 1 日以上雇用見込みがある場合、加入する必要があります。
- ・試用期間であっても 1 週間の所定労働時間が20時間を超える場合、加入する必要があります。
- ・労働条件の変更があり加入の条件を満たさなくなった場合、職場を退職しない場合でも雇用保険の喪失手続きが必要になります。