

雇用保険被保険者資格取得届

記入例

No.

提出年月日

令和 2 年 11 月 15 日

診療所名	住所	連絡先	会員名
宮歯歯科診療所	〒 980 - 0803	電話 022 - 222 - 5960	宮歯 太郎 印
	仙台市青葉区国分町一丁目5-1 7F	FAX 022 - 222 - 4843	

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 労働時間数	フリガナ	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
40 時間	しゅとく じろう	男	昭和 ・ 平成	平成 ・ 令和	歯科医師	月給	〒 980 - 0803	0000 - 000000 - 0
	取得 次郎		2/10/3	2/11/1	技工士・衛生士 助手・受付 その他 正社員・パート	日給(月総額) 時給(月総額) 230,000 円	仙台市青葉区国分町一丁目5-1 8F 電話 022 - 222 - 5962	前勤務先名・新卒
20 時間	ろうほ はなこ	女	昭和 ・ 平成	平成 ・ 令和	歯科医師	月給	〒 980 - 0803	-
	劳保 花子		57/10/3	2/11/1	技工士・衛生士 助手・受付 その他 正社員・パート	日給(月総額) 時給(月総額) 80,000 円	仙台市青葉区国分町一丁目5-1 BF2 電話 022 - 222 - 5962	前勤務先名・新卒 (株)宮城県歯科医師会

一週間の所定労働時間が20時間未満の場合、雇用保険に加入できません。

時給・日給の場合、月額を金額を記入してください。

雇用保険被保険者番号が不明の場合、前職勤務先名を記載してください。

- ・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
- ・雇用日より6ヵ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31日以上の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。