

# 雇用保険各種申請 依頼票(手続き用)

武蔵野商工会議所 労働保険事務組合担当 行

〒180-0004 武蔵野市吉祥寺本町1-10-7

FAX:0422-22-3632/TEL:0422-22-3631

Eメール:rouho@musashino-cci.or.jp

※手続きの際は、本紙に記入の上、郵送・FAX・Eメールのいずれかで提出してください。

なお、マイナンバーの提出は、別紙のマイナンバー提供表を使用してください。

事業所名		枝番号( )		雇用保険事業所番号		— —		担当者名		送付日		年 月 日		
雇 用	被保険者番号(2の場合、番号を記入してください)	フリガナ氏名		生年月日		性別		加入年月日		職種	就職経路	週の所定労働時間	賃金	契約期間の定め
	1.新規 2.再取得	—	—	昭 ・ 平	年 月 日	男・女		年 月 日	※1.	※2	時間 分	千円	1.有(下記に期間を記入) 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日まで 2.無	
	1.新規 2.再取得	—	—	昭 ・ 平	年 月 日	男・女		年 月 日			時間 分	千円	1.有(下記に期間を記入) 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日まで 2.無	
	1.新規 2.再取得	—	—	昭 ・ 平	年 月 日	男・女		年 月 日			時間 分	千円	1.有(下記に期間を記入) 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日まで 2.無	
離 職	離職票	被保険者番号		フリガナ氏名		離職年月日		離職理由(2及び4の場合、理由を具体的に記入)			本人の住所・連絡先(離職票希望の場合のみ記入)			
	要・否	—	—		年 月 日	1.自己都合 2.会社都合 3.定年退職 4.その他			〒 — TEL:					
	要・否	—	—		年 月 日	1.自己都合 2.会社都合 3.定年退職 4.その他			〒 — TEL:					
	要・否	—	—		年 月 日	1.自己都合 2.会社都合 3.定年退職 4.その他			〒 — TEL:					
変 更 ・ そ の 他	手続き	被保険者番号		フリガナ氏名		生年月日		性別		※3 該当年月日		手続きの具体的内容(2.その他の場合、下記より選択)		
	1.氏名変更 2.その他	—	—	※1の場合、変更後の氏名を記入		昭 ・ 平	年 月 日	男・女		年 月 日	1.被保険者証再発行 2.育児休業給付 3.高年齢雇用継続給付 4.上記以外 ※2及び3の代行範囲は、初回の手続きのみとなります。			
	1.氏名変更 2.その他	—	—	※1の場合、変更後の氏名を記入		昭 ・ 平	年 月 日	男・女		年 月 日	1.被保険者証再発行 2.育児休業給付 3.高年齢雇用継続給付 4.上記以外 ※2及び3の代行範囲は、初回の手続きのみとなります。			

※1.該当する番号を記入してください(1.管理 2.専門技術 3.事務 4.販売 5.サービス 6.保安 7.農林漁業 8.生産工程 9.輸送・機械運転 10.建設・掘削 11.運搬・清掃・包装)

※2.該当する番号を記入してください(1.安定所紹介 2.自己就職 3.民間紹介 4.その他)

※3.氏名変更の場合は変更年月日、育児休業給付は出産予定日、高年齢雇用継続給付は60歳到達日を記入してください(被保険者証再発行の場合は記入不要です)。