※本紙を提出される際は、書留や特定記録など記録の残る方法でご送付くださいますようお願いいたします。

平成　　年　　月　　日

労働保険事務組合 武蔵野商工会議所　宛

雇用保険被保険者マイナンバー提供表

事業所名：

個人番号取扱担当者名：　　㊞

下記のマイナンバーは、当事業所の従業員の番号であることを確認し、提供いたします。

平成　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 御中

マイナンバー報告書

私のマイナンバーを下記のとおり報告いたします。
また、以下の利用目的のため、委託先である労働保険事務組合 武蔵野商工会議所に、マイナンバーを提供することに同意いたします。

１．雇用保険被保険者の個人番号登録・変更届の作成事務
２．雇用保険被保険者資格取得届・喪失届の作成事務
３．高年齢雇用継続給付・育児休業給付申請書の作成事務（初回のみ）

氏　　名												
マイナンバー												