

雇 用 保 険 事 務 依 頼 書

事業所番号	3806	フリガナ氏名	昭平	生年月日	昭平	性別	男・女	住所	住所	雇用・離職・変更 年月日	従事業務	上段 個人番号(マイナンバー) 下段 雇用保険被保険者番号	賃金 支払 日給 月給 日給 月給	離職票 要 不要	週労働 時間	前職・離職理由 旧姓及び変更理由
取喪氏名変更										年月日			日給 月給 日給 月給	要 不要	時間	
取喪氏名変更										年月日			日給 月給 日給 月給	要 不要	時間	
取喪氏名変更										年月日			日給 月給 日給 月給	要 不要	時間	
取喪氏名変更										年月日			日給 月給 日給 月給	要 不要	時間	

上記のついて手続きを依頼いたします。

平成 年 月 日

所在地
事業所名 () 印
電話番号 ()

西条商工会議所労働保険事務組合 殿

※FAX不可

個人番号記載のためFAXでの受け付けはできません。
窓口へお持ちいただくか、郵送をお願いします。ご記入の必要がありません。
特定個人情報等の取り扱いには、安全管理措置を講じます。

処理状況	年	月	日	係	印
安定所に提出					
処理簿へ記入					

- ※ 資格取得 雇入れ日からの出勤簿又はタイムカードの写しを添付して下さい。
- ※ 資格喪失 保険者証又は履歴書の写しを添付して下さい。出勤簿又はタイムカード・貸金台帳・退職願等の必要書類の写しを提出して下さい。