

雇 用 保 險 事 務 依 頼 書

事業所番号	3 8 0 6		フリガナ氏名	生年月日	性別	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		離職票	受付番号
	支払日	月額								万円	時間		
取喪氏名変更	昭	平	男・女			年 月 日			要	要	週労働時間		
取喪氏名変更	昭	平	男・女			年 月 日			要	要	時間		
取喪氏名変更	昭	平	男・女			年 月 日			要	要	時間		
取喪氏名変更	昭	平	男・女			年 月 日			要	要	時間		
取喪氏名変更	昭	平	男・女			年 月 日			要	要	時間		

上記のついて手続きを依頼いたします。

令和 年 月 日

所在地

事業所名 () 電話番号 ()

印

処理状況	年 月 日	係 印
安定所に提出		
処理簿へ記入		

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、郵送をお願いいたします。
特定個人情報等には、安全管理措置を講じる必要があります。

※ 資格取得

雇入れ日からの出勤簿又ははタイムカードの写しを提出してください。また、前職確認の為、雇用保険被保険者証又は

※ 資格喪失

保険者証又は履歴書の写しを添付して下さい。また、出勤簿又ははタイムカード・出勤簿等の必要書類の写しを提出して下さい。