↑ FAX送信先：06-6152-5507（豊中商工会議所 労働保険専用）**↑**

※情報漏えい、不正利用防止等の観点から、【雇用保険被保険者個人番号提供書】の
ご提出方法は、下記の方法に限ります。ご協力をお願いします。

①郵送　※できるだけ、追跡可能な書留郵便等でお願いします
②労働保険専用FAX回線（06-6152-5507）を利用した通信（送信前にお電話下さい）
③来所　※書類は封筒に封緘してご持参下さい

労働保険事務組合　行

転勤・介護休業・変更の場合は、こちらにその旨ご記入下さい。

【雇用保険被保険者　個人番号提供書】

＊マークは必須

事業所名＊		（担当者名：　　　　）											
①	事由 ＊	1．取得　2．喪失　3．高年齢継続　4．育休　5．その他（　　　）											
	被保険者名 ＊	フリガナ 漢字											
	個人番号 ＊（マイナンバー）												
	性別	1．男　2．女	生年月日	昭和・平成　年　月　日									
②	事由 ＊	1．取得　2．喪失　3．高年齢継続　4．育休　5．その他（　　　）											
	被保険者名 ＊	フリガナ 漢字											
	個人番号 ＊（マイナンバー）												
	性別	1．男　2．女	生年月日	昭和・平成　年　月　日									
③	事由 ＊	1．取得　2．喪失　3．高年齢継続　4．育休　5．その他（　　　）											
	被保険者名 ＊	フリガナ 漢字											
	個人番号 ＊（マイナンバー）												
	性別	1．男　2．女	生年月日	昭和・平成　年　月　日									

記入例	事由 ＊	1．取得（○）　2．喪失　3．高年齢継続　4．育休　5．その他（　　　）											
	被保険者名 ＊	フリガナ　オオサカ　タロウ 漢字　大阪　太郎											
	個人番号 ＊（マイナンバー）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	性別	1．男（○）　2．女	生年月日	昭和・平成（○）　12年　3月　4日									

※個人番号が確認できる書類の添付は必要ありません。