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

【雇 用 保 険 被 保 険 者 資 格 取 得 調 査 書】

※別紙**【雇用保険被保険者 個人番号提供書】**も一緒にご提出お願いします。

事業所名	（担当者名：　　）	
被保険者名	（フリガナ）	
	（氏）	（名）
性別	1．男　　2．女	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
被保険者となった日 **※試用期間・研修期間含む**	令和　　年　　月　　日 ※有期雇用・無期雇用に関わらず、労働条件通知書か雇用契約書のコピーを添付してください。 ご連絡日が2ヵ月過ぎる場合は、確認書類として出勤簿と賃金台帳のコピーの添付もお願いします。	
一か月の賃金額（賃金形態）	（約）￥＿＿＿＿＿　（月給・日給・時給（@　　円）・その他（　　））	
一週間の所定労働時間	時間　　分　（1日　　時間労働×週　　日）	
期間の定め	1．定め無し　　2．定め有り	
就職経路	1．安定所紹介　　2．自己就職 3．民間紹介　　4．把握していない	
雇用保険の加入歴	□加入歴あり （被保険者番号がわかる） →被保険者番号を記入	□□□□－□□□□□□－□
	□加入歴あり（被保険者番号がわからない、または加入していたか不明） 下記、分かる範囲でご記入下さい。 ①前職場名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 前職の入退社年月日：（　　年　月　日～　　年　月　日） 前職場の所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿ ②前職場名：＿＿＿＿＿＿＿＿ 前職の入退社年月日：（　　年　月　日～　　年　月　日） 前職場の所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿	
	□加入歴なし（初めて雇用保険に入る）　→　〔 新卒　・　新規加入 〕	

※外国籍の方(特別永住者除く)の場合は、在留資格・在留期限等の確認のため「在留カード」等の写しを添付してください。

事務組合使用欄

□個人番号届出あり　□データ処理済み

コード（　　－　　）

連絡日　／　　郵 ・ 来 ・ F ・ M

届出日　／　　HW 池田 ・ HW(　　)

受理日　／

発送日　／

記入例

●各事項ご記入ください。

全員
労働条件通知書か雇用契約書のコピーを添付してください。
外国人
在留カード（特定技能と特定活動は指定書も）のコピーを添付してください。
遡及取得・親族・役員
お問い合わせください。

外国人の方は、ミドルネームを氏名欄のどちらに記載いただいても構いません。
ハローワークのシステム上、姓が無い場合は任意の箇所にスペースを入れさせていただきます。
（例：フィトリ→フィ トリ）

↑** FAX送信先：06-6152-5507（豊

【雇用保険被保険者資格取得調査書】

※別紙【**雇用保険被保険者 個人番号提供書**】も一緒にご提出お願いします。

所名	商工 株式会社 （担当者名： オカマチ ）	
被保険者名	（フリガナ） トヨナカ	タロウ
	（氏） 豊中	（名） 太郎
性別	（1．男） 2．女	
年月日	昭和・（平成） 8 年 9 月 10 日	
被保険者となった日	令和 6 年 4 月 1 日	
※試用期間・研修期間含む	※有期雇用・無期雇用に関わらず、労働条件通知書か雇用契約書のコピーを添付してください。ご連絡日が2ヵ月過ぎる場合は、確認書類として出勤簿と賃金台帳のコピーの添付もお願いします。	
一か月の賃金額（賃金形態）	（約）¥ 180,000 （月給）日給・時給（@ 円）・その他（ ））	
所定労働時間	40 時間 分 （1日 時間労働×週 日）	
の定め	（1．定め無し） 2．定め有り	
経路	1．安定所紹介 （2．自己就職） 3．民間紹介 4．把握していない	
雇用保険の加入歴	☑加入歴あり（被保険者番号がわかる）→被保険者番号を記入	2 7 1 0 － 1 2 3 4 5 6 － 7
	□加入歴あり（被保険者番号がわからない、または加入していたか不明） 下記、分かる範囲でご記入下さい。 ①前職場名： 前職の入退社年月日：（ 年 月 日～ 年 月 日） 前職場の所在地： ②前職場名： 前職の入退社年月日：（ 年 月 日～ 年 月 日） 前職場の所在地：	
	□加入歴なし（初めて雇用保険に入る） → 〔 新卒 ・ 新規加入 〕	

※外国籍の方（特別永住者除く）の場合は、在留資格・在留期限等の確認のため「在留カード」等の写しを添付してください。

基本的には、被保険者となった日が入社日になりますので、試用期間や研修期間を含みます。
途中から日数や時間が増えるなどで加入要件を満たした場合は、この限りではありません。

一か月の賃金額は、およその額で構いません。
該当する給与制も選んでください。
（週給・年俸はその他）
手当・交通費を含みますが、固定でない残業代は含まないでください。

雇い入れられた方が、前の会社で雇用保険に入っていたかどうか、必ずご確認ください。
被保険者番号が不明な場合は、前の職場名で検索が可能ですので、わかる範囲でお知らせください。
複数ご記入いただくと、履歴がおまとめしやすくなります。

事務組合使用欄

□個人番号届出あり □データ処理済み
コード（ - ）

連絡日 ／ 郵 ・ 来 ・ F ・ M
届出日 ／ HW池田 ・ HW( )
受理日 ／
発送日 ／