

FAX送信

この用紙をコピーしてお使い下さい。
古いFAX送信は破棄して下さい。
Version3 (h25.4.1~)

外国人実習生の雇用保険取得の場合(外国人登録証明書の写し・更新済か確認)

国籍	在留資格	在留期限(更新済は裏面を確認)
		西暦 年 月 日まで
資格外活動許可の有・無	派遣・請負労働者として主として御社以外の事業所で就労する場合はチェック <input type="checkbox"/>	
有 ・ 無		

文書送信 年 月 日

宛先	 THE MINO CHAMBER OF COMMERCE & INDUSTRY 美濃商工会議所 労働保険 担当行	TEL 0575-33-2168 FAX 0575-33-3183
----	---	--------------------------------------

発信者	会社名(事業所名)	担当者氏名
		TEL _____ FAX _____

雇用保険 (該当する手続きに○を付けて下さい。)

資格取得・資格喪失・氏名変更・その他訂正 () の届出

氏名	(氏名変更・旧姓)	性別
カガナ	[]	男・女

生年月日	S H	年	月	日
------	--------	---	---	---

資格取得	取得日	月額賃金額 (必ず記入して下さい)
	H 年 月 日	円 月給・週給・日給・時給 (該当に○印)
	雇用保険に入る方 (該当に○印) 役員で ある・ない 事業主と同居の親族で ある・ない	一週間の所定労働時間 (必ず記入して下さい) ①今回雇用保険に入る方 () 時間 () 分 ②通常の労働者(常用) () 時間 () 分 (1週間の所定労働時間が通常の労働者より短かつ 20時間~40時間未満の場合は労働条件通知書をFAX)
	業務内容	
	(雇用保険番号)	-
	(前職) 雇用保険番号がわからない場合は、以前雇用されていた会社名を2~3社記入。 ①(年 月~ 年 月) ②(年 月~ 年 月) ③(年 月~ 年 月)	

資格喪失	喪失日	離職票 ※59歳以上の離職者には必ず離職票を交付。
	H 年 月 日	必要・不必要 → 1. 再就職した 2. 本人離職票不必要 3. その他理由 () どちらかに○を付けて下さい (不必要の場合は該当する理由に○印又は理由を明記)
	賃金日 日/支払日 日	
	退職理由を確認するため退職届添付願います 退職理由 本人住所 TEL	

※ご記入頂いた情報は雇用保険事務手続きのために利用致します。

必要添付書類及び注意事項 (裏面を必ずお読みください)

