雇用保険被保険者資格 **取得** 連絡表

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 | ふりがな：氏　　名：＊外国籍の方は、ローマ字とカタカナで表記してください。 |
| 性　別　／　職　種 | **性別：**男　・　女　／　**職種：**建設（　　　　　　）・ 事務 |
| 生　年　月　日 | 西暦・昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ |
| 個人番号（マイナンバー）**※平成30年5月から必須** |  |  |  |  | 個人情報保護のため支部へ持参または特定記録などの郵便で提出下さい |  |  |  |  |  |  |  |
| 就職経路　　○印を→ | １.安定所紹介　　　２.自己就職　　　３.民間紹介 |
| 入社日（採用日） | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **予定**報酬月額 | 月額　　　　　　　円　（計算：月給・日給・時間給） |
| １週間の**予定**労働時間 | 時間　　　　分 |
| 雇用保険被保険者番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 職歴（事業所名）＊過去の職歴を記入してください。＊雇用保険番号の記入がある場合は不要です。 | ①　　　　年　　　月　～　　　　年　　　月会社名（事業所名）②　　　　年　　　月　～　　　　年　　　月会社名（事業所名） |
| 契約期間の定め | 有（　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日）・ 無 |
| 外国籍の場合 | 国　　籍 |  |
| 在留資格 | ※在留カード(写)も必要 |
| 在留期間 | 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 資格外活動許可の有無 | 有　・　無 |

委託事業主名

受付日　　　　年　　 月　　 日

末尾０・２（　　　　）

千葉土建一般労働組合市原支部　　TEL 0436-36-4445　FAX 0436-36-3242