

様式第2号

雇用保険被保険者資格取得届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク

の所で折り曲げて下さい。)

1 0 1 0 1

※修正項目番号

修正欄

※ ①安定所番号

安定所番号

②被保険者番号

被保険者番号

③取得

取得 (1 新規 2 再取得)

④被保険者氏名

被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

フリガナ (カタカナ)

⑤変更後の氏名

変更後の氏名

フリガナ (カタカナ)

フリガナ (カタカナ)

⑥性別

性別 (1 男 2 女)

⑦生年月日 (元号一年月日)

生年月日 (2 大正 3 昭和 4 平成)

⑧事業所番号

事業所番号

⑨被保険者となった年月日

被保険者となった年月日 (平成 年 月 日)

⑩被保険者となったことの原因

原因

⑪賃金 (支払の態様-賃金月額: 単位千円)

賃金 (1 月給 2 週給 3 日給 4 時間給 5 その他)

⑫雇用形態

雇用形態 (1 日雇 2 パート タイム 3 季節的 4 その他)

⑬職種

職種 (1~9 裏面参照)

- 1 新規 (新規) 雇用 (学卒)
2 新規 (その他) 雇用
3 日雇からの切替
4 その他
5 出向元への復帰 (65歳以上)

※ 公記 共記 職業 安定 所欄

⑭取得時被保険者種類

取得時被保険者種類

⑮番号複数取得チェック不要

番号複数取得チェック不要 (チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合「1」を記入。)

修正欄

修正欄

⑯ 週間の所定労働時間 () 時間 () 分

⑰ 契約期間の定め

契約期間 (1 有 2 無) 契約更新条項の有無 (イ 有 ロ 無) 1年以上使用する見込みの有無 (イ 有 ロ 無)

⑱ ⑰の1又は2の口の理由

⑲ 移転前の住所又は居所
⑳ 事業所名

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住所

事業主

氏名

電話番号

記名押印又は自筆による署名

平成 年 月 日

印

公共職業安定所長 殿

Table with 4 columns: 社会保険労務士記載欄, 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示, 氏名, 電話番号

Table with 7 columns: 所長, 次長, 課長, 係長, 係, 操作者

Table with 2 columns: 備考, 確認通知 平成 年 月 日

1 (この用紙は、このまま機械で処理しますので汚さないようにして下さい。)
2
3
4
5
6
7
8
9