中津川商工会議所
労働保険事務組合　行
（FAX0573-65-2157）

【雇用保険関係　連絡票】

年　　月　　日

□のうち該当するものに
チェックをお願いします

□　**雇用保険取得**　　□　**雇用保険喪失**

□　**その他（　育児休業・介護休業・高年齢雇用継続給付　）**

事業所名　　担当者名　　電話番号

マイナンバー（**必須**）	
フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生（ 男 ・女 ）
雇用保険被保険者NO.	－　　－
雇用保険NOが不明の場合は 前職の会社名を記入して下さい 新規で取得の場合は 新規と記入下さい	前職会社名
※どちらかに〇を記入して下さい （取得日＝働き始めた日 喪失日＝最後の出勤日）	取得日 ・ 喪失日　　年　　月　　日
1か月の総支給額 （給与の算定方法）	万　　円（ 月給 ・ 日給 ・ 時給 ）　　給与締日　　日
現住所	
1週間の所定労働時間	時間　　分　　※特例処置対象事業場は1週44時間まで 労働者数10人未満の①商業、②映画・演劇業、 ③保健衛生業、④接客娯楽業
仕事の内容 （いずれか1つ選択）	□ 事務的職業　□ サービスの職業　□ 生産工程の職業　その他（　　）
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
退職理由	離職票の　（ 要 ・ 不要 ）　どちらかに〇を記入下さい。 自己都合 ・ その他（　　）

添付書類

取得時　入社日の分かる資料として『タイムカードか出勤簿』又は『労働者名簿』
1週間の所定労働時間が35時間未満の場合は『雇入通知書』
外国人労働者の場合は、**在留カードのコピー**が必要となります。

喪失時　退職日の分かる資料として『タイムカードか出勤簿』又は『退職届』

離職票作成時　給料の分かるもの『給料明細か賃金台帳』と出勤日が分かるもの
『タイムカードか出勤簿』が退職した日からさかのぼって**１２ヶ月分**必要です（場合によっては**６ヶ月分～１３ヶ月以上**必要な事があります）
なお、会社都合による離職の場合は下記のいずれかの書類をご用意ください。
〇解雇予告通知書　〇理由書

※ご記入頂いた情報は、雇用保険の資格取得・喪失手続き、被保険者台帳作成等の各種手続きのために利用いたします。