



平成 年 月 日 作成

事業所名称	(フリガナ)				
職 種		週所定労働時間	時間		
氏 名	(フリガナ) (氏)	(フリガナ) (名)	性別	男性・女性	
雇入年月日	平成 年 月 日	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住 所	〒	都道府県			
	(フリガナ)				
給 与	月給	円	時間給	円	日給 円
通勤手当	月額 円		日額 円		
扶養者の有無	有・無	※有の場合扶養者の人数 人			
基礎年金番号	記号	番号			
雇用保険番号	雇用保険番号の有無		有・無		
	*以下、雇用保険番号 有の場合				
	雇用保険番号				
雇用保険番号がわからない場合					
以前の勤務先 _____ 雇用期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					

(添付書類) 雇用保険加入の方：雇用保険被保険者証 (ない場合は省略となります)  
 社会保険加入の方：年金手帳 (基礎年金番号がわかるように) のコピー

連絡欄