

# 雇用保険 被保険者 資格取得届 について

- 【1】適用事業に雇用される労働者は被保険者となりますので、下記の用紙に記入し提出してください。ただし以下は被保険者となりません。
- 適用除外 ・65歳に達した日以後新たに雇用される者
- ・1週間の所定労働時間が20時間未満の者、また30時間未満の者で季節的(4ヶ月以内)に雇用される者及び短期の雇用(1年未満の雇用)に就くことを常態とする者

- 【2】提出期限は、労働者を新規に雇入れた日(又は労働者が被保険者となったとき)の属する月の翌月10日までです。
- ただし、3ヶ月以内であれば遅延理由書等の添付書類は必要ありません。そのため、試用期間中などで賃金や職種が決定していない時などは、1～2ヶ月様子をみてから提出でも結構です。(2年以内であれば遡及取得も可能です)
- 労災保険は資格取得届の提出日とは関係なく、適用事業所の全ての労働者に対して入社日から適用されます。(代表者等の役員は除く)

- 【3】必ずすべての項目を記入して下さい。(ただし 欄は省略可)
- ・氏名が前職と違う場合は、以前の氏名(フリガナ)もご記入下さい。氏名変更が同時に出来ます。
  - ・職種について、1～4に該当しない場合は5.他( )欄に記入して下さい。(例:デザイナー、工場長、運転手等)
  - ・賃金は、交通費も含めた金額を記入して下さい。被保険者証には記載されませんのであくまで予定額で結構です。
  - ・前職のある場合は、必ず被保険者番号もしくは前職の会社名を記入して下さい。(アルバイトの場合も)
- 前職の資格喪失日から1年以内に取得すれば、以前の被保険者期間が通算され、失業給付の受給日数が有利になる場合があります。もし番号を複数お持ちの場合は番号統一もできますので、不明な場合などは全ての番号をお知らせ下さい。
- ・新規学卒者は1.新卒、前職が全くない方は2.前職無しに○をつけて下さい。

- 【4】被保険者証の送付について
- 雇用保険被保険者証は通常、退職されるまで必要になる事はありません。そのため、西工業会では、保険料のお知らせなど、年に数回お送りする郵送物と一緒に返送致しております。もし早急にご返却を希望される場合はその旨ご連絡下さい。

FAXの場合はなるべく矢印の向きに送信して下さい。

この用紙をこのままコピーして、この下を切り取って(A5サイズ)、もしくは切り取らずこのまま1枚(A4サイズ)お送り下さい。

(社) 西 工 業 会 御中  
FAX ( 06 ) 6582 -2645

## 雇用保険 一般・短時間(パートタイム) 被 保 険 者 資 格 取 得 届



|                                             |                                               |            |                             |                                 |                                     |  |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| 事業所名                                        |                                               |            |                             | 事業所番号                           | — —                                 |  |  |
| 事業所住所                                       |                                               |            |                             | 電話番号                            |                                     |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名<br>( ふ り が な )                  | 職 種<br>1.営業 2.接客・販売<br>3.事務 4.機械・労務<br>5.他( ) | 性 別<br>男・女 | 資格取得<br>(入社) 年 月 日<br>年 月 日 | 生 年 月 日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日 | 備 考<br>1.月給 ¥<br>2.日給 ¥<br>3.パート給 ¥ |  |  |
| 雇用保険被保険者番号<br>(不明の場合は前勤務先)                  | — —                                           |            | 1.新卒<br>もしくは<br>2.前職無し      |                                 | 1週間の所定労働時間<br>時間 分                  |  |  |
| 該当者は○をして下さい → 1.取締役 2.理事 3.事業主の家族           |                                               |            |                             |                                 |                                     |  |  |
| 希望者は○をして下さい → A.グループ保険加入申込書及び資料 B.社会保険資格取得届 |                                               |            |                             |                                 |                                     |  |  |

- 注 {
- ・労働者名簿は提出不用ですが、事業所で必ず備えつけて下さい。
  - ・以前に被保険者だった方は番号継続しますので、被保険者番号もしくは該当会社名を記入して下さい。
  - ・短時間被保険者(1週間の所定労働時間20時間以上30時間未満の人)は、雇入通知書(写)を添付して下さい。

(社) 西 工 業 会 御中  
FAX ( 06 ) 6582 -2645

雇用保険 一般・短時間(パートタイム)  
被 保 険 者 資 格 取 得 届



|                                             |                                        |     |                        |          |                    |          |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----|------------------------|----------|--------------------|----------|--|
| 事業所名                                        |                                        |     |                        | 事業所番号    | — —                |          |  |
| 事業所住所                                       |                                        |     |                        | 電話番号     |                    |          |  |
| 被 保 険 者 氏 名<br>( ふ り が な )                  | 職 種                                    | 性 別 | 資格取得<br>(入社)           | 年 月 日    | 生 年 月 日            | 備 考      |  |
|                                             | 1.営業 2.接客・販売<br>3.事務 4.機械・労務<br>5.他( ) | 男・女 | 年 月 日                  | 昭和<br>平成 | 年 月 日              | 1.月給 ￥   |  |
|                                             |                                        |     |                        |          |                    | 2.日給 ￥   |  |
|                                             |                                        |     |                        |          |                    | 3.パート給 ￥ |  |
| 雇用保険被保険者番号<br>(不明の場合は前勤務先)                  | — —                                    |     | 1.新卒<br>もしくは<br>2.前職無し |          | 1週間の所定労働時間<br>時間 分 |          |  |
| 該当者は○をして下さい → 1.取締役 2.理事 3.事業主の家族           |                                        |     |                        |          |                    |          |  |
| 希望者は○をして下さい → A.グループ保険加入申込書及び資料 B.社会保険資格取得届 |                                        |     |                        |          |                    |          |  |

注 {  
・労働者名簿は提出不用ですが、事業所で必ず備えつけて下さい。  
・以前に被保険者だった方は番号継続しますので、被保険者番号もしくは該当会社名を記入して下さい。  
・短時間被保険者(1週間の所定労働時間20時間以上30時間未満の人)は、雇入通知書(写)を添付して下さい。