

雇用保険連絡票【取得者】

令和 年 月 日

ふりがな		
氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
採用年月日	令和 年 月 日	
マイナンバー	※ 別途、お電話にて伺います。	
職種		
賃金月額	月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ その他	円
雇用保険番号 もしくは前職		
一週間労働時間	時間	
契約期間の定め	あり ・ なし (ありの場合、労働条件通知書を添付)	

★外国人労働者の場合

別途、在留カード（両面）のコピーが必要です。

この書類を、労働保険事務組合 亀岡商工会議所のFAX（0771-25-1200）に送っていただくか、上記内容を事務組合のメールアドレス（rouho@kameokacci.or.jp）までご連絡下さい。

事業所名：

事業主：

担当者：