

\* 事故防止の為、出来る限り特定記録や簡易書留の記録付郵便でのご提出をお願い致します。

## 雇用保険者 異動連絡票

〒101-0025 千代田区神田佐久間町3-37

東京味噌醤油商業協同組合

TEL 03-3851-8201

FAX 03-3851-8220

|    |  |       |  |       |  |
|----|--|-------|--|-------|--|
| 支部 |  | 事業所名称 |  | 連絡年月日 |  |
|----|--|-------|--|-------|--|

|                                  |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |
|----------------------------------|------------|------|----|--------------------|----------|----------|---------------|-------------------|------------------------------------|
| 採用                               | フリガナ<br>氏名 | 生年月日 | 性別 | 雇用保険加入年月日<br>(入社日) | 給与<br>締日 | 給与形態     | 1カ月分の<br>概算給与 | 1週間当たりの<br>概算勤務時間 | 雇用保険被保険者番号<br>(わからなければ今まで勤めた会社の名称) |
|                                  |            |      |    |                    |          | 月給・日給・時給 |               |                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 初めて加入する |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |

→FAX提出の場合は、下4桁を空欄でお送りいただき、後程電話で報告ください。

|                                  |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |
|----------------------------------|------------|------|----|--------------------|----------|----------|---------------|-------------------|------------------------------------|
| 採用                               | フリガナ<br>氏名 | 生年月日 | 性別 | 雇用保険加入年月日<br>(入社日) | 給与<br>締日 | 給与形態     | 1カ月分の<br>概算給与 | 1週間当たりの<br>概算勤務時間 | 雇用保険被保険者番号<br>(わからなければ今まで勤めた会社の名称) |
|                                  |            |      |    |                    |          | 月給・日給・時給 |               |                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 初めて加入する |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |

→FAX提出の場合は、下4桁を空欄でお送りいただき、後程電話で報告ください。

|                                  |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |
|----------------------------------|------------|------|----|--------------------|----------|----------|---------------|-------------------|------------------------------------|
| 採用                               | フリガナ<br>氏名 | 生年月日 | 性別 | 雇用保険加入年月日<br>(入社日) | 給与<br>締日 | 給与形態     | 1カ月分の<br>概算給与 | 1週間当たりの<br>概算勤務時間 | 雇用保険被保険者番号<br>(わからなければ今まで勤めた会社の名称) |
|                                  |            |      |    |                    |          | 月給・日給・時給 |               |                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> 初めて加入する |            |      |    |                    |          |          |               |                   |                                    |

→FAX提出の場合は、下4桁を空欄でお送りいただき、後程電話で報告ください。

\* 半年以上さかのぼりで雇用保険に加入する場合には、遅延理由書、タイムカード(出勤簿)の写し、賃金台帳の写しが必要になります。  
また、労働保険料の再確定が必要になる場合もありますので、一度ご連絡下さい。

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
|     |     | 月給与 |     |
| 月給与 | 月給与 | 月給与 | 月給与 |
| 月給与 | 月給与 | 月給与 | 月給与 |
| 月給与 | 月給与 | 月給与 | 月給与 |
| 月給与 | 月給与 | 月給与 | 月給与 |

|                            |   |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|---|
| 利<br>事<br>務<br>用<br>組<br>合 | 利 | 用 | 削 | 除 |
|                            |   |   |   |   |