

*** 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。**

〒101-0025 千代田区神田佐久間町3-37

雇用保険者 異動連絡票

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 氏 名	生年月日	性別	雇用保険加入年月日 (入社日)	給与 締日	給与形態	1カ月分の 概算給与	1週間当たりの 概算勤務時間	雇用保険被保険者番号 (わからなければ今まで勤めた会社の名称)
						月給・日給・時給			
	個人番号 必ずご記入ください				→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。				

初めて加入する

* 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。

退 職	フリガナ 氏 名	退職年月日	退職理由(自己・会社都合等)	給与 締日	給与形態	離職票の要・不	本人の住所およびTEL (離職票が必要な場合)
					月給・日給・時給	要・不要	
	個人番号 必ずご記入ください				→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。		

【離職票が必要な場合は、退職日よりさかのぼって13か月分の賃金をご報告ください。(毎月賃金報告をされている場合は、省略可)

※保険料・税金等を控除する前の「**総支給額**」と「**通勤交通費**」を報告ください。
※時給制・日給制の方は、出勤日数も必要になりますので、一度ご連絡下さい。
※また、離職理由に伴い確認書類の提出を要します。

(自己都合:退職届、定年退職:就業規則、契約期間満了:契約書 等のコピー)

月給与	月給与	月給与

利 事 務 用 組 合	利	用	削	除