

雇用保険加入届

委託 NO _____

(労働者名簿)

診療所名 _____

歯科医院

事業主名 _____

フリガナ		性別	加入日 (最初の勤務日)	平成 年 月 日
氏名		男・女	給料 (税引き前の総合計)	万円
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		1週間の労働時間 (休憩を除く)	時間
現住所	〒 -		職 種	歯科医師・歯科衛生士・歯科助手 歯科技工士・事務・その他
電話番号	() -		※ 退職日	平成 年 月 日
最終学歴・職歴			※ 退職理由	自己都合・定年・解雇・その他
年 月 日	卒業		※ 離職票の交付	あり・なし
年 月 日	退職		※ 職業安定所確認印	加入時
以前の職場で 雇用保険に	入っていた・入っていない 被保険者番号 -			喪失時

- ★ 1週間の労働時間が20時間以上30時間未満の場合、または非常勤の方は、雇入通知書が必要です。裏面にもご記入ください。
- ★ ①マイナンバーカード（両面・番号確認と身元確認）写しもしくは②通知カードの写し又は住民票（個人番号付）（番号確認）
+運転免許証、健康保険被保険者証など（身元確認）の写しを必ずご提出ください。ご提出頂いた書類は加入手続き完了後、速やかに破棄させていただきます。

※印の欄は記入しないで下さい。