

**注 意**

- で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印のついた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめの文字によって明瞭に記載してください。
- 1欄には、数字は使用せず、カタカナ及び「-」のみで記載してください。  
カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→**カ**、パ→**パ**）、また、「キ」、「エ」及び「ヲ」は使用せず、それぞれ「イ」、「エ」及び「オ」を使用してください。
- 2欄及び4欄には、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字とする。）により明瞭に記載してください。
- 4欄1行目には、都道府県名は記載せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記載してください。  
4欄2行目には、丁目及び番地のみを左詰めで記載してください。  
また、所在地にビル名又はマンション名等が入る場合は4欄3行目に左詰めで記載してください。
- 5欄には、事業所の電話番号を記載してください。この場合、項目ごとにそれぞれ左詰めで、市内局番及び番号は「□」に続く5つの枠内にそれぞれ左詰めで記載してください。（例：03-3456-7890→**03□□□□3456□□7890□**）
- 6欄には、雇用保険の適用事業所となるに至った年月日を記載してください。この場合、元号をコード番号で記載した上で、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。  
（例：平成14年4月1日→**14□□140401□**）
- 13欄には、製品名及び製造工程又は建設の事業及び林業等の事業内容を具体的に記載してください。
- 17欄の「一般」には、雇用保険被保険者のうち、一般被保険者数、高年齢継続被保険者数及び短期雇用特例被保険者数の合計数を記載し、「日雇」には、日雇労働被保険者数を記載してください。
- 20欄は、該当事項を○で囲んでください。
- 21欄は、事業所印と事業主印又は代理人印を押印してください。
- 22欄は、最寄りの駅又はバス停から事業所への道順略図を記載してください。

お願い

- 事業所を設置した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。
- 営業許可証、登記事項証明書その他記載内容を確認することができる書類を持参してください。

21. 登 録 印	事業所印影	事業主（代理人）印影	改印欄（事業所・事業主）			改印欄（事業所・事業主）			改印欄（事業所・事業主）		
			改 印 年月日	平成 年 月 日		改 印 年月日	平成 年 月 日		改 印 年月日	平成 年 月 日	

22. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

労働保険事務組合記載欄

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

委託開始 平成 年 月 日

委託解除 平成 年 月 日

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。

なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。