

# 雇用保険被保険者資格取得届

帳票種別

1	3	1	0	1
---	---	---	---	---

1. 被保険者番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

2. 取得区分

(1 新規)  
 (2 再取得)

3. 被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. 変更後の氏名

フリガナ (カタカナ)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5. 性別

(1 男)  
 (2 女)

6. 生年月日

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
元号			年		月		日		

(2 大正 3 昭和)  
(4 平成)

7. 事業所番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

8. 資格取得年月日

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
元号			年		月		日

9. 被保険者となったこと  
の原因

- 1 新規 (新規) 雇用 (学卒)
- 2 新規 (その他) 雇用
- 3 日雇からの切替
- 4 その他
- 8 出向元への復帰等 (65歳以上)

10. 賃金 (支払の態様-賃金月額:単位千円)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	百万		十万		万 千円

(1 月給 2 週給 3 日給)  
(4 時間給 5 その他)

11. 雇用形態

(1 日雇 2 派遣)  
 (3 パートタイム 4 有期契約)  
 (5 季節的雇用 4 労働者)  
 (6 船員 7 その他)

12. 職種

(1~9) 第2面参照

※ 公共職業安定所

13. 取得時被保険者種類

(1 一般 2 短期常態)  
 (3 季節 4 高年齢(任意加入))  
 (5 出向元への復帰(65歳以上)等・高年齢)

14. 番号複数取得チェック不要

(チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合に「1」を記入。)

15. 契約期間の定め

1 有  契約期間 平成      から 平成      まで  
年 月 日 年 月 日

2 無  契約更新条項の有無  (1 有)  
(2 無)

16. 1週間の所定労働時間 (( )時間( )分)

17. 事業所名

備	18. 国籍・地域	在留資格
	在留期間	資格外活動許可の有無
考	西暦 年 月 日まで	有・無
	<input type="checkbox"/>	派遣・請負労働者として主として17以外の事業所で就労する場合

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届けます。

住所

事業主 氏 名

電話番号

記名押印又は署名  
印

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

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	

※

備	      
考	
	確認通知 平成 年 月 日

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）