

※新様式です。以後、取得・喪失の連絡は、この用紙をコピーしてご利用ください。(この用紙は、<http://www.fyoshidacci.or.jp/bulltein/roudou.htm> からダウンロードできます。)

被保険者異動事務処理依頼表

FAX送信先：富士吉田商工会議所 0555-22-6851

依頼年月日：平成 年 月 日

事業場(所)名称	
代表者氏名	印
TEL	() -

資格取得 (新規雇入れ) 関係	フリガナ		生年月日	雇入れ年月日	週の所定労働時間	仕事内容	賃金形態	職歴
	氏名		S・H . . .	H . . .	時間 分		1:月給 2:週給 3:日給 4:時給 6:その他	就職経路
			性別	雇用期間の定めの有無				
	被保険者番号		男 . 女	無 . 有 (H . . . ~ H . . .)		1か月当りの賃金月額	千円	1:安定所紹介 3:民間紹介 2:自己就職 4:把握していない
	フリガナ		生年月日	雇入れ年月日	週の所定労働時間	仕事内容	賃金形態	職歴
	氏名		S・H . . .	H . . .	時間 分		1:月給 2:週給 3:日給 4:時給 6:その他	就職経路
			性別	雇用期間の定めの有無				
	被保険者番号		男 . 女	無 . 有 (H . . . ~ H . . .)		1か月当りの賃金月額	千円	1:安定所紹介 3:民間紹介 2:自己就職 4:把握していない
	フリガナ		生年月日	雇入れ年月日	週の所定労働時間	仕事内容	賃金形態	職歴
	氏名		S・H . . .	H . . .	時間 分		1:月給 2:週給 3:日給 4:時給 6:その他	就職経路
			性別	雇用期間の定めの有無				
	被保険者番号		男 . 女	無 . 有 (H . . . ~ H . . .)		1か月当りの賃金月額	千円	1:安定所紹介 3:民間紹介 2:自己就職 4:把握していない

資格喪失 (退職) 関係	フリガナ		離職理由(できるだけ詳しく記入してください)	退職日	週の所定労働時間	失業給付	当人への連絡先
	氏名			平成 . . .	時間 分	要・非	〒 - 住所
						補充予定	
	被保険者番号					有・無	TEL () -
	フリガナ		離職理由(できるだけ詳しく記入してください)	退職日	週の所定労働時間	失業給付	当人への連絡先
	氏名			平成 . . .	時間 分	要・非	〒 - 住所
						補充予定	
	被保険者番号					有・無	TEL () -
	フリガナ		離職理由(できるだけ詳しく記入してください)	退職日	週の所定労働時間	失業給付	当人への連絡先
	氏名			平成 . . .	時間 分	要・非	〒 - 住所
						補充予定	
	被保険者番号					有・無	TEL () -

ご記入いただいた情報は事業主、事業場、被保険者に関するハローワーク、労働基準監督署、山梨労働局その他関係機関での事務処理手続き以外には使用しません。