

※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：令和 年 月 日

事業場(所)名称	
代表者氏名	⑩
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	前職
	氏名		S・H . .	R . .	時間 分		1:月給 2:週給 3:日給 4:時給 6:その他	
	被保険者番号		性別	雇用期間の定めの有無		1ヵ月当りの賃金月額		就職経路
	マイナンバー		男 . 女	無 . 有 (R . . ~ R . .) [有の場合:更新条項 有 . 無]		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	前職
	氏名		S・H . .	R . .	時間 分		1:月給 2:週給 3:日給 4:時給 6:その他	
	被保険者番号		性別	雇用期間の定めの有無		1ヵ月当りの賃金月額		就職経路
	マイナンバー		男 . 女	無 . 有 (R . . ~ R . .) [有の場合:更新条項 有 . 無]		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	本人への連絡先
	氏名			令和		要 . 非	〒 -
	被保険者番号			. .	時間	補充予定	住所
	マイナンバー				分	有 . 無	TEL () -
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	本人への連絡先
	氏名			令和		要 . 非	〒 -
	被保険者番号			. .	時間	補充予定	住所
	マイナンバー				分	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。

※マイナンバーについては、漏洩の無いよう厳重に保管し、手続き終了後は、抹消いたします。