

# 雇用保険被保険者資格取得届

No.

提出年月日 令和 年 月 日

診療所名	住所	連絡先	会員名
	〒 -	電話 - -	印
		FAX - -	

注意：平成30年5月以降雇用保険の手続きに個人番号（マイナンバー）が必要になりました。

一週間の 労働時間数	ふりがな	性別	生年月日	雇用年月日	職 種	賃 金	住 所	雇用保険被保険者番号
	従業員氏名							不明の場合は前勤務先
時間		男 ・ 女	昭和 ・ 平成	平成 ・ 令和	歯科医師	月給	〒 -	- -
					技工士・衛生士	日給(月総額)		
					助手・受付	時給(月総額)		前勤務先名・新卒
					その他			
					正社員・パート	円	電話 - -	
時間		男 ・ 女	昭和 ・ 平成	平成 ・ 令和	歯科医師	月給	〒 -	- -
					技工士・衛生士	日給(月総額)		
					助手・受付	時給(月総額)		前勤務先名・新卒
					その他			
					正社員・パート	円	電話 - -	

## ◎提出書類について

- ・雇用保険加入すべての方・・・**個人番号**（カードor番号通知の写し、番号が記載された住民票のコピー）
- ・雇用日より6ヵ月以上経過後の取得申請・・・**雇用月からのタイムカードと賃金台帳・遅延理由書**

## ◎雇用保険について

- ・1週間の所定労働時間が**20時間以上かつ31日以上の雇用見込みがある場合**、加入する必要があります。
- ・試用期間であっても1週間の所定労働時間が20時間を超える場合、加入する必要があります。
- ・労働条件の変更があり加入の条件を満たさなくなった場合、**職場を退職しない場合でも**雇用保険の喪失手続きが必要になります。