（2018.5～マイナンバー対応版）

年　　月　　日

雇用保険新規加入者報告書

（加入資格：1週間20時間以上かつ31日間以上の雇用見込みのあること）

※1. 平成29年1月1日以降は、65歳以上の労働者についても、雇用保険の適用の対象となります

※2. 試用期間中であっても、加入手続きは必要です

※3. 失業給付等では１ヶ月間に11日以上の出勤日数を有する月が12ヶ月分必要です

※4. 手続き完了後、雇用保険被保険者証を事業所へ郵送いたしますので、本書送信後、3週間経過後にもかかわらずお届けできていない場合は、共済課　TEL：06-6768-2077までご確認ください

			枝番
フリガナ		性　別	男　・　女
氏　名		生 年 月 日(和暦)	昭和 平成　　年　　月　　日
加入年月日	年　　月　　日　（加入年月日より10日以内に届出願います）		
職　種	看護師　　受付・事務　　その他（　　）		
マイナンバー (12桁)	【　　－　　－　　】		
	＊　必ずマイナンバーを記入してください		
雇用保険者証	雇用保険被保険者番号　※番号不明の場合は下段の勤務先名をご記入ください 【　　】		
	前職勤務先名をご記入下さい 【　　】	前々職勤務先名をご記入下さい 【　　】	

就業時間 ※診療時間ではなく勤務時間です		午　前		午　後	
	月	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	火	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	水	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	木	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	金	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	土	時　分～　時　分		時　分～　時　分	
	日	時　分～　時　分		時　分～　時　分	

※一週間の所定労働時間は20時間必要です

残業時間は含みません　　**1週間の就業時間　　時間　　分**

賃　金	給与･時給単価(1ヶ月)　　円(1.月給　2.日給　3.時給)給与〆切日(　　日)
雇用期間	1．　期間定めなし 2．　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで 契約更新条項（　あり　・　なし　）

住　　所

診療所名　　印

事業主名

電　　話

ご担当者

ご連絡先

※マイナンバー記載の報告書は、細心の注意を払って送信してください

万一、誤送信等があっても、当組合は責任を負いかねますので、ご了承下さい

大阪府医師協同組合　共済課　行　**FAX　06-6768-1211**