

雇用保険 被保険者連絡票(資格取得用)



前年度やそれより前に遡り従業員を加入させる場合、遡った保険料だけでなく追徴金も加算されます。遡りのための手数料も別途いただきます。加入させていなかった加入すべき従業員（退職者含む）が他にもあった場合には、その保険料も徴収されます。遡り加入のための労働局調査に必要な添付書類は以下の書類全てとなります。歯科医院の会計元帳(職員全員の交通費が確認できる科目)、歯科医院の給与所得源泉徴収票等の法定調書合計表、歯科医院の給与等所得税徴収高計算書と領収済通知書、従業員全員（退職者含む）の労働者名簿、従業員全員（退職者含む）の給与台帳給与明細、遡る従業員のタイムカード
(どの書類も、遡る年度の1月分から当年度の分まで全て)

所在地 〒 _____ - _____

ゴム印可

名称

事業主名

(TEL)

(FAX)

事業所番号		- -		被保険者(本人)のマイナンバーを必ずご記入ください 安定所に提出後、直ちに適正な廃棄を致します
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名	1男*2女		
	住所	〒 _____ - _____ TEL _____		
	生年月日	3昭和・4平成 年 月 日		
	雇用形態	4有期契約*7常勤*3パート*7その他() 常勤以外の場合は雇用契約書の北へが必要です		
	賃金形態	1月給*3日給*4時間給*5その他()		
	所定労働時間	時間 分 / 1週間		
	被保険者番号	- -		
	採用年月日	※試用期間・見習期間も入れた最初の日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 原則、採用日を加入日としますが、アルバイト等短時間から20時間/週になって加入される方の場合、変更日をご記入ください ・1か月以上経過してからご連絡いただく場合 採用日からのタイムカード要添付 ・2か月以上経過してからご連絡いただく場合 採用日からのタイムカードと 採用月からの賃金明細要添付		
	職 種	5衛生士*5助手*5事務*5技工士*1歯科医師		1
賃金	月額 千円 (手当も含む)			
交通費	月額 円			
過去の雇用保険被保険者証	2有り * 2紛失 * 1加入したこと無し (有る場合は北へを添付して下さい)			
雇用保険	1学卒新規 * 2新規 (その他)			
職 歴 (社名を新しい順にお書き下さい) 1、 2、				

送付先：〒460-0002

名古屋市中区丸の内3-5-18

愛知県歯科医師協同組合

TEL：052-962-7617

FAX：052-962-3691

普通郵便でも受理しますが、

個人情報の漏えい等防止のため、

できるだけ簡易書留など追跡可能な郵便制度利用が、

手渡しをお願いします。

以下 愛歯協記載欄

特定個人情報等の取扱記録及び管理

マイナンバー 取得日①	担当	特定個人情報の 利用及び持出	廃棄日②	保管期間 保管場所
		令和 年 月 日に 雇用保険被保険者資格 取得届作成、 同日公共職業安定所に提出		①～②