

# 被保険者取得届

事業所名	
担当者名	電話番号
メールアドレス	

フリガナ			男
氏名	(姓)	(名)	女
生年月日	昭和 平成	年	月 日
雇入れ年月日	令和	年	月 日
職種			
賃金形態	月給制	日給制	時間給制 その他
賃金月額（予定額）			円
一週間の所定労働時間	時間		分
雇用保険被保険者番号	—		—
最終職歴（企業名）			

正社員より就業時間が短い方、期間の定めのある方は、  
労働契約書（労働条件通知書）を添付して下さい  
※被保険者が60歳に到達された時はお知らせください

送付先 公益社団法人宮城労働基準協会仙台支部  
〒980-0811 仙台市青葉区一番町二丁目5-22  
GC青葉通りプラザ6階  
☎ 022-262-2150  
FAX 022-262-2123

..... キ リ ト リ .....

個人番号（マイナンバー）																			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

個人番号は必要な手続きが終了次第、廃棄します