

雇用保険資格取得届

公益社団法人北九州市八幡医師会

医 院 名													
本人の氏名	(フリガナ)												
	生年月日 S・H 年 月 日生											男・女	
本人の個人番号 (マイナンバー)	※平成30年5月以降の 取得手続きには個人番号 の記入が必須です。												
雇用年月日	平成・令和 年 月 日付 ※試用期間中も雇用保険の対象となります。												
被保険者証の有無 (該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない <input type="checkbox"/> 紛失 ※紛失されている場合は必ず労働者名簿に職歴をご記入下さい。												
給与種別	月 給・日給 月給・日 給・時 給												
給与月額	日給者の場合は ¥ _____ (月額) 1ヶ月の出勤見込み日数×日給 (交通費含む)												
雇用形態	常 用・嘱 託・臨 時・パート												
職 種 (該当に○印)	医 師・薬 剤 師・看 護 師・准 看 護 師・看 護 助 手 事 務・理 学 療 法 士・其 他 ()												
労働時間	1 週間の所定労働時間 () 時間 () 分												
契約期間の 定めの有無	1. 有 契約期間 年 月 日から 年 月 日まで 契約更新条項の有無 (イ. 有 ロ. 無) 31日以上使用する見込みの有無 (イ. 有 ロ. 無) 2. 無												
添付書類 (写し可)	(1) <u>労働者名簿</u> と <u>出勤簿</u> 職安へ提示しなければならない為に必要。 (2) <u>雇用保険被保険者証</u> 以前に、他の事業所に勤務されていた方。 (3) <u>雇入通知書</u> (短時間就労者 (常勤者より労働時間が短い者) : パートタイマー等の場合) 1 週間の所定労働時間が 20 時間以上、 31 日以上の雇用の見込みがある方。(両条件必須)												