

組 合 員 コ ー ド	—
----------------	---

承認欄	担当者

雇用保険被保険者資格取得届

氏 名 (フリガナ)	性 別	生 年 月 日	雇 用 年 月 日
	男・女	昭和・平成	
		年 月 日	年 月 日
就 職 経 路	個 人 番 号 (マイナンバー)		
1.安定所紹介 2.自己就職 3.民間紹介 4.把握なし			
住 所	〒 — TEL () —		
賃金月額見込み (基本給)	賃金支払の形態	雇用形態	職 種
円	月給・週給・日給 時間給・その他	常勤 パート	
契 約 期 間	1.期間の定めなし 2. 年 月 日～ 年 月 日まで		
一週間の所定労働時間	過去に雇用保険に加入している場合は被保険者番号記入		
時 間 分	1. 新卒 2. 既卒		
※被保険者番号が不明な場合は、履歴書の写しを添付するか、以前に勤務されていた事業所名と期間を記入して下さい。			
前事業所名		雇用期間	年 月 ～ 年 月
前々事業所名		雇用期間	年 月 ～ 年 月

※パート(短時間被保険者)又は有期契約労働者の場合は、雇い入れ通知書が必要になります。

上記のとおりお届けいたします。

年 月 日

いわて医師協同組合
労働保険事務組合理事長 殿

〒 — TEL () —

所 在 地
事業所の名称
事業主の氏名