

雇用保険被保険者一覧表のご確認について（お願い）

本一覧表（令和8年3月16日時点）は、当会労働保険事務組合加入の委託事業所様あてにお送りしております。

令和8年度の労働保険料の申告・納付の適正な事務処理をおこなうため、在籍される職員の雇用保険加入状況（雇用保険者数）について一覧表の確認にご協力ください。

【一覧表 確認項目】

- 雇用保険に加入している 又は 加入要件を満たす
職員が記載されていない
- 既に退職している 又は 雇用保険非該当
職員が記載されている

※雇用保険被保険者の資格要件は、週の所定労働時間が20時間以上かつ、31日以上雇用の見込みがある者です。

【一覧表の氏名欄表記について】

- ・「崎」「高」など一部の文字は、入力の都合上常用漢字（崎・高）に置き換えて表記しています。
- ・結婚等で現在の氏名が異なる場合やカタカナ表記されている氏名については、退職時等に氏名変更を行ないます。

★ 確認項目に該当する職員がいた場合 ★

雇用保険 取得・喪失の手続きを行ないます！

裏面の連絡票を当会宛に郵送または
FAX（03-5577-2961）ください。

〈お問い合わせ〉

東京労働保険医療協会 労働保険事務組合
TEL 03 - 5577 - 2960 FAX 03 - 5577 - 2961

雇用保険届出事務連絡票

労働者（被保険者）入社・退職・氏名変更

内容等を確認したい場合に会計事務所や社労士等に一任しているなど
左記担当者連絡先と異なる場合には
下記の委託先情報の記載願います
委託先会社名
住所
tel
fax
ご担当者様

枝番号	事業場（所）	担当者名									
事業所番号	事業所所在地	TEL									
		FAX									
入社	フリガナ氏名	マイナンバー（個人番号）	生年月日	性別	雇用年月日	賃金（月額） 通所定労働時	契約期間の 定め有無	雇用形態	職種	雇用保険被保険者番号：注2	就職経路
			昭平	男		月給	有 (注1)	正社員			1.安定所紹介 2.自己就職
				女		時給	無	パート 有期契約者			3.民間紹介 4.不明
			昭平	男		月給	有 (注1)	正社員			1.安定所紹介 2.自己就職
				女		時給	無	パート 有期契約者			3.民間紹介 4.不明
退職	フリガナ氏名	マイナンバー（個人番号）	退職年月日	退職理由	離職票 要否	賃金締切日	賃金 支払日	被保険者現住所 (離職票送付先)		被保険者電話番号	
					要			〒			
					否			〒			
					要			〒			
					否			〒			
氏名変更	フリガナ 変更前氏名	変更年月日	フリガナ 変更後氏名	雇用保険被保険者番号		事務組合記入欄					
						受理	作成者	管理者			
						入力					
						申請					

<入社>

- 注1. 契約期間の定めがある方については、契約書や労働条件通知書等のコピーも添付して下さい。
- 注2. 被保険者番号が不明な場合は、履歴書を添付いただくか、前職の事業所名及び退職年月日を被保険者番号欄にご記入下さい。

<退職>

離職票を発行する場合は、賃金締切日・賃金支払日・本人現住所をご記入のうえ下記の資料を添付して下さい。

- 月給者：①賃金台帳（7～8ヵ月分）又は賃金支払状況報告書 ②退職願又は退職証明書
- 時給者：①退職日より前1年分の出勤簿又はタイムカード ②賃金台帳（7～8ヶ月分）又は賃金支払状況報告書 ③退職願又は退職証明書

契約期間満了による離職の方については直近の契約書を添付して下さい

氏名変更：マイナンバーの記載は原則不要。必要な場合にはこちらからご担当者様にご連絡させていただきます

R8.3

〒101-0062

千代田区神田駿河台2-5
東京都医師会館4階
東京労働保険医療協会
労働保険事務組合
tel: 03-5577-2960

fax: 03-5577-2961

E-mail:jimukumiai@iryokyokai.jp