雇用保険手続きに伴うマイナンバーの届出書

下記の太枠に必要事項のご記入をお願いいたします

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 担当者名 |
| 事業所番号 | 　１２１１―　　　　　　　　　－ |
| 事業所住所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 従業員氏名 | フリガナ　　 |
| 　　　　　　 |
| マイナンバー |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **※会議所使用欄** | 廃　棄 | 使　用 | 転　記 | 受　付 |
|  |  |  |  |
| 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 | 月 　日 |

**郵送先住所　※異動連絡票と一緒に必ず郵送でお送りください。**

|  |
| --- |
| 　〒２９０－００８１　市原市五井中央西１－２２－２５　市原商工会議所　労働保険担当者　行 |