

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
