**マイナンバー別表**　　　　　　　FAX送信不可

労働保険事務組合飯能商工会議所　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社　　名

代表者名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| ○ | 記入例  ○○　〇〇 | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年  3 | | 月  　3 | | 日  12 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 1 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 2 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 3 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 4 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 5 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 取得・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※手続き完了後は当事務組合にて廃棄します。

※以下の欄は、喪失手続きで【離職票なし】の方の、氏名と住所をご記入ください。

１.

２.

３.

４.

５.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2023.10