

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 ○○ ○○	男・女	昭和・平成	年	月	日							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.