

労働保険事務等委託書

法人番号

事業場名		常時使用労働者数	人
事業場の所在地		雇用保険被保険者数	人
委託事項	<ul style="list-style-type: none"> ● 概算保険料、確定保険料その他労働保険料及び一般拠出金並びにこれに係る徴収金の申告・納付に関する事務 ● 雇用保険の被保険者資格の取得及び喪失の届出、被保険者の転入及び転出の届出その他雇用保険の被保険者に関する届出等に関する事務(個人番号関係事務を含む。) ● 保険関係成立届、労災保険又は雇用保険の任意加入申請書、雇用保険の事業所設置届等の提出に関する事務 ● 労災保険の特別加入の申請等に関する事務 ● その他労働保険についての申請、届出、報告等に関する事務 		
委託事務処理開始年月日	(予定) 令和 年 月 日より		
<p>上記のとおり貴組合に労働保険事務等の処理を委託します。</p> <p>ただし、「労働保険料等算定基礎賃金等の報告」(組様式第4号)は、貴組合が指定する期日までに当方において作成し、提出します。</p> <p style="text-align: right;">(郵便番号 -) 電話 () - () 番</p> <p>令和 年 月 日 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">事業主の 殿 氏名 _____</p>			

労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	上記の委託を承諾します。 (承諾できません。)	
労働保険番号							不承諾の理由
労働保険番号							
労働保険番号							
<p>令和 年 月 日 名称 _____</p> <p style="text-align: right;">(郵便番号 -) 電話 () - () 番</p> <p style="text-align: center;">労働保険 事務組合 の 所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">殿 代表者氏名 _____</p>							

裏 面 記 載 な し

労働保険 〇: 保険関係成立届(継続)(事務処理委託届)
1: 保険関係成立届(有期)
2: 任意加入申請書(事務処理委託届)

年 月 日

16種別 3160

労働局長
労働基準監督署長
公共職業安定所長 殿

下記のとおり (イ) 届けます。(31600又は31601のとき)
(ロ) 労災保険 (ハ) 雇用保険 の加入を申請します。(31602のとき)

労働保険番号

修正項目番号 ※漢字 修正項目番号 都道府県 所管管轄(1) 基幹番号 枝番号

17 住所(カナ) 郵便番号 住所(つづき) 町村名 住所(つづき) 丁目・番地 住所(つづき) ビル・マンション名等

21 保険関係成立年月日 22 事務処理委託年月日 23 常時使用労働者数

24 雇用保険被保険者数 25 加入済労働保険番号

26 適用済労働保険番号1 27 適用済労働保険番号2

28 雇用保険の事業所番号 29 府県区分 30 特掲コード 31 管轄(2) 32 業種 33 産業分類 34 データ指示コード 35 再入力区分

修正項目(英数・カナ) 修正項目(漢字) 29 法人番号

① 事業主 住所又は所在地 氏名又は名称 ② 所在地 郵便番号 電話番号 ③ 事業の概要 ④ 事業の種類 ⑤ 加入済の労働保険 (イ) 労災保険 (ロ) 雇用保険 ⑥ 保険関係成立年月日 (労災) 年月日 (雇用) 年月日 ⑦ 雇用保険被保険者数 一般・短期 日雇 人 人 ⑧ 賃金総額の見込額 千円 ⑨ 委託事務組合 所在地 郵便番号 電話番号 名称 代表者氏名 記名押印又は署名 ⑩ 委託事務内容 ⑪ 事業開始年月日 年月日 ⑫ 事業廃止等年月日 年月日 ⑬ 建設の事業の請負金額 円 ⑭ 立木の伐採の事業の素材見込生産量 立方メートル ⑮ 発注者 住所又は所在地 郵便番号 氏名又は名称 電話番号

事業主氏名(法人のときはその名称及び代表者の氏名) 記名押印又は署名

裏 面 記 載 な し

労働者災害補償保険 特別加入申請書 (中小事業主等)

帳票種別
3
6
2
1
1

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。
 ※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)

① 申請に係る事業の労働保険番号

府	県	所	掌	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

※受付年月日 9 令和 年 月 日

1〜9日迄 1〜9月迄 1〜9組迄

② 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称)

③ 申請に係る事業

名称 (フリガナ)	
名称 (漢字)	
事業場の所在地	

④ 特別加入予定者 加入予定者数 計 名 *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

特別加入予定者	加入予定者数	業務の内容	除染作業	従事する特定業務	特定業務・給付基礎日額
フリガナ氏名 生年月日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 円
フリガナ氏名 生年月日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 円
フリガナ氏名 生年月日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 円
フリガナ氏名 生年月日	事業主との関係 (地位又は続柄) 1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	業務の具体的内容 労働者の始業及び終業の時刻 時 分 ~ 時 分	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし	業務歴 最初に従事した年月 年 月 従事した期間の合計 年間 ヶ月 希望する給付基礎日額 円

折り曲げる場合には(▶)の所で折り曲げてください。

⑤ 労働保険事務の処理を委託した年月日 年 月 日

⑥ 労働保険事務組合の証明

上記⑤の日より労働保険事務の処理の委託を受けていることを証明します。

労働保険事務組合 名称 _____
 〒 _____ 電話 () _____
 主たる事務所の所在地 _____
 代表者の氏名 _____

年 月 日

⑦ 特別加入を希望する日 (申請日の翌日から起算して30日以内) 年 月 日

上記のとおり特別加入の申請をします。

〒 _____ 電話 () _____

年 月 日 住所 _____
 労働局長 殿 事業主の氏名 _____
 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「事業主との関係」の欄には、事業主本人（代表者）は「1」を○で囲むこと。
また、事業主が行う事業に従事する者（代表者以外の者）については、事業主が法人その他の団体であるときは「3」、事業主が個人であるときは「5」を○で囲むこと。
さらに、「3」を○で囲んだときはその事業における従業上の地位を、「5」を○で囲んだときは事業主との続柄を、それぞれ（ ）に記載すること。
- 2 「業務の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務の具体的内容を記載すること。
- 3 「労働者の始業及び終業の時刻」の欄には、特別加入予定者の従事する事業の労働者に係る所定の始業及び終業の時刻を記載すること。
- 4 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
- 5 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）
なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
- 6 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 7 記載事項のない欄には斜線を引くこと。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

雇用保険適用事業所設置届

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 事業所番号

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

帳票種別

12001

1. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)

下記のとおり届けます。

公共職業安定所長 殿

令和 年 月 日

2. 事業所の名称 (カタカナ)

事業所の名称 [続き (カタカナ)]

3. 事業所の名称 (漢字)

事業所の名称 [続き (漢字)]

4. 郵便番号

5. 事業所の所在地 (漢字) ※市・区・郡及び町村名

事業所の所在地 (漢字) ※丁目・番地

事業所の所在地 (漢字) ※ビル、マンション名等

6. 事業所の電話番号 (項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。)

市外局番 市内局番 番号

7. 設置年月日

(3 昭和 4 平成 5 令和)

元号 年 月 日

8. 労働保険番号

府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号

※ 公共職業安定所
記載欄

9. 設置区分

(1 当然 2 任意)

10. 事業所区分

(1 個別 2 委託)

11. 産業分類

12. 台帳保存区分

(1 日雇被保険者のみの事業所 2 船舶所有者)

13. 事業主	(フリガナ) 住所 (法人のときは主たる事務所の所在地)			17. 常時使用労働者数	人
	(フリガナ) 名称			18. 雇用保険被保険者数	一般 人 日雇 人
	(フリガナ) 氏名 (法人のときは代表者の氏名)			19. 賃金支払関係	賃金締切日 日 賃金支払日 当・翌月 日
	14. 事業の概要 (漁業の場合は漁船の総トン数を記入すること)			20. 雇用保険担当課名	課係
15. 事業の開始年月日	令和 年 月 日	※ 事業の 16. 廃止年月日	令和 年 月 日	21. 社会保険加入状況	健康保険 厚生年金保険 労災保険

備考	※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	------	----	----	----	---	-----

(この届出は、事業所を設置した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。)

注 意

- で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印のついた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめの文字によって明瞭に記載してください。
- 1欄には、平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記載してください。
- 2欄には、数字は使用せず、カタカナ及び「-」のみで記載してください。
カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→ガ、パ→パ）、また、「」及び「」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
- 3欄及び5欄には、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字とする。）により明瞭に記載してください。
- 5欄1行目には、都道府県名は記載せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記載してください。
5欄2行目には、丁目及び番地のみを左詰めで記載してください。
また、所在地にビル名又はマンション名等が入る場合は5欄3行目に左詰めで記載してください。
- 6欄には、事業所の電話番号を記載してください。この場合、項目ごとにそれぞれ左詰めで、市内局番及び番号は「」に続く5つの枠内にそれぞれ左詰めで記載してください。（例：03-3456-XXXX→）
- 7欄には、雇用保険の適用事業所となるに至った年月日を記載してください。この場合、元号をコード番号で記載した上で、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。
（例：平成14年4月1日→）
- 14欄には、製品名及び製造工程又は建設の事業及び林業等の事業内容を具体的に記載してください。
- 18欄の「一般」には、雇用保険被保険者のうち、一般被保険者数、高年齢被保険者数及び短期雇用特例被保険者数の合計数を記載し、「日雇」には、日雇労働被保険者数を記載してください。
- 21欄は、該当事項を○で囲んでください。
- 22欄は、事業所印と事業主印又は代理人印を押印してください。
- 23欄は、最寄りの駅又はバス停から事業所への道順略図を記載してください。

お願い

- 事業所を設置した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。
- 営業許可証、登記事項証明書その他記載内容を確認することができる書類を持参してください。

22. 登録印	事業所印影	事業主（代理人）印影	改印欄（事業所・事業主）				改印欄（事業所・事業主）				改印欄（事業所・事業主）			
			改印年月日	令和年月日	改印年月日	令和年月日	改印年月日	令和年月日	改印年月日	令和年月日				

23. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

労働保険事務組合記載欄

所在地 _____

名称 _____

代表者氏名 _____

委託開始 令和 ____年 ____月 ____日

委託解除 令和 ____年 ____月 ____日

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号

※ 本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。
 なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

雇用保険被保険者資格取得届

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

帳票種別

1. 個人番号

2. 被保険者番号

3. 取得区分

4. 被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

5. 変更後の氏名

フリガナ (カタカナ)

6. 性別

7. 生年月日

2 大正
3 昭和
4 平成
5 令和

8. 事業所番号

9. 被保険者となったこと
の原因

10. 賃金 (支払の態様-賃金月額:単位千円)

11. 資格取得年月日

4 平成
5 令和

- 1 新規 (新規) 雇用 (学卒)
- 2 新規 (その他) 雇用
- 3 日雇からの切替
- 4 その他
- 8 出向元への復帰等 (65歳以上)

12. 雇用形態

13. 職種

14. 就職経路

15. 1週間の所定労働時間

16. 契約期間の
定め

- 1 有
- 2 無

事業所名

備考

17欄から23欄までは、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

17. 被保険者氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名 [続き (ローマ字)]

18. 在留カードの番号 (在留カードの右上に記載されている12桁の英数字)

19. 在留
期間

20. 資格外活動
の許可の有無

21. 派遣・請負
就労区分

22. 国籍・地域

23. 在留資格

※公安記
共定職
業所欄

24. 取得時被保険者種類

25. 番号複数取得チェック不要

26. 国籍・地域コード

27. 在留資格コード

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届けます。

住 所

令和 年 月 日

事業主 氏 名

公共職業安定所長 殿

電 話 番 号

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作者
---	-----	-----	-----	-----	---	------

※	備	確認通知 令和 年 月 日
	考	

注 意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガー^カ、パ^ハ）、また、「キ」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 5 2欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合にのみその被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。
なお、被保険者番号が16桁（上下2段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載すること。この場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内に記載し、最後の枠は空枠とすること。

（例：

4	6	0	1	1	8	*	*	*	*
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

 →

1	3	0	1	5	4	3	2	1	0	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

）

- 6 3欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
 - (1) 次のイ及び口のいずれかに該当する者…………… 1 （新規）
イ 過去に被保険者になったことのないこと。
口 最後に被保険者でなくなった日から7年以上経過していること。
 - (2) 上記（1）に該当する者以外の者…………… 2 （再取得）
- 7 4のフリガナ欄には、被保険者証の交付を受けている者については、その被保険者証に記載されているとおり、カタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。なお、5欄に記載した場合であっても必ず記載すること。
- 8 5欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合で、被保険者証の氏名と現在の氏名が異なっているときに記載すること。
- 9 6欄には、該当するものの番号を記載すること。
- 10 7欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。
（例：昭和51年5月6日 →

3	5	1	0	5	0	6
---	---	---	---	---	---	---

）
- 11 8欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。（例：1301000001 →

1	3	0	1	□	0	0	0	0	0	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

）
- 12 9欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
 - (1) 新規学校卒業者のうち、11欄が卒業年の3月1日から6月30日までの間である場合…………… 1
 - (2) 中途採用者を雇入れた場合、取締役等委任関係であるとして被保険者から除外されていた者が、新たに明確な雇用関係に基づいて就労したような場合…………… 2
 - (3) 日雇労働被保険者が2月の各月において18日以上又は継続して31日以上同一の事業主の適用事業に雇用された場合（資格継続の認可を受けた場合を除く。）…………… 3
 - (4) 次に該当する場合等…………… 4
イ その被保険者の雇用される事業が新たに適用事業となった場合
口 適用事業に雇用されていた被保険者が、在籍出向し、出向先で新たに被保険者資格を取得していた場合であって、出向元に復帰し、出向元で再度被保険者資格を取得することとなったとき（在籍専従の場合も同様）
ハ 同一の事業主の下で、船員と陸上勤務を本務とする労働者（船員でない労働者）との間の異動があった場合
 - (5) 被保険者資格を取得した原因が2以上に該当する場合…………… 1、2又は3のいずれか
 - (6) 65歳以上の者が出向元に復帰した場合等…………… 8
- 13 10欄には、11欄に記載した年月日現在における支払の態様及び賃金額（臨時の賃金、1箇月を超える期間ごとに支払われる賃金及び超過勤務手当を除く。）（単位千円……千円未満四捨五入）を記載すること。なお、支払の態様は、該当するものの番号を記載すること（日給月給は月給に含める。）。
- 14 11欄は、試用期間、研修期間を含む雇入れの初日を記載すること。
また、年、月又は日が1桁の場合は、7欄の場合と同様に記載すること。
- 15 12欄には、該当するものの番号を記載すること。届出に係る者が派遣労働者（いわゆる登録型の派遣労働者であり船員を除く。）に該当する場合には、「2」（派遣労働者）、短時間労働者（週所定労働時間が30時間未満の者（派遣労働者、船員に該当する者を除く。））に該当する場合には、「3」（パートタイム）、有期契約労働者（派遣労働者、パートタイム、船員に該当する者を除く。）に該当する場合には、「4」（有期契約労働者）と記載すること。
- 16 13欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。

A 管理的職業……………01	E サービスの職業……………05	I 輸送・機械運転の職業……………09
B 専門的・技術的職業……………02	F 保安の職業……………06	J 建設・採掘の職業……………10
C 事務的職業……………03	G 農林漁業の職業……………07	K 運搬・清掃・包装等の職業……………11
D 販売の職業……………04	H 生産工程の職業……………08	

- 17 14欄には該当するものの番号を記載すること。
- 18 15欄には、4欄の者の11欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
- 19 16欄は、契約期間の定めについて該当するものの番号を記載し、1を記載した場合には、その契約期間とともに、契約更新の有無を記載すること。
- 20 事業所名欄右の備考欄には、9欄の「4 その他」に該当する者についての具体的説明その他を記載すること。
- 21 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 22 外国人労働者（「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。）の場合は、以上に加え17欄から23欄に、ローマ字氏名、在留カードの番号（英字2桁-数字8桁-英字2桁）、在留期間、国籍・地域、在留資格等を記載し、労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。
なお、「家族滞在」の在留資格の者等、資格外活動の許可を得て就労する者については、当該許可の有無について20欄に記載のこと。また、派遣・請負労働者として主として8欄以外の事業所で就労する者については21欄に1を記載し、該当しない場合は2を記載のこと。

お願い

1. 雇用保険の資格取得年月日の属する月の翌月10日までに提出してください。
2. 賃金台帳、労働者名簿、出勤簿その他記載内容を確認できる書類を持参していただく場合があります。
3. 4欄の者が法人の取締役又は事業主と同居の親族の場合は、事業所名欄右の備考欄にその旨記載してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。
なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

労働者災害補償保険 特別加入に関する変更届 (中小事業主等及び一人親方等)
 特別加入脱退申請書

帳票種別
 3 6 2 4 1

特別加入の承認に係る事業

府	県	所	管	轄	基	幹	番	号	枝	番	号

労働保険番号

事業の名称

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。
 ※印の欄は記載しないでください。(職員が記載します。)

※受付年月日 9 令和

元号	年	月	日

1~9日は右へ

事業場の所在地

今回の変更届に係る者 合計： 人
 内訳 (変更： 人、脱退： 人、加入： 人) *この用紙に記載しきれない場合には、別紙に記載すること。

変更届の場合(特別加入者に関する事項の変更)	変更年月日	変更を生じた者のフリガナ氏名	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	業務又は作業の内容
	生年月日	変更後のフリガナ氏名	変更後	変更前
	※整理番号		1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	変更後
	変更年月日	変更を生じた者のフリガナ氏名	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	業務又は作業の内容
	生年月日	変更後のフリガナ氏名	変更前	変更後
	※整理番号		1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	変更後
特別加入者でない者(特別加入者でない者)	異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
	異動年月日	フリガナ氏名	生年月日	※整理番号
特別加入者(特別加入者)	特別加入予定者	業務又は作業の内容	特定業務・給付基礎日額	
	異動年月日	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	除染作業	従事する特定業務
	フリガナ氏名	1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし
	生年月日	労働者の始業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)	時 分 ~ 時 分	業務歴
	異動年月日	中小事業主又は一人親方との関係(地位又は続柄)	除染作業	従事する特定業務
	フリガナ氏名	1 本人 3 役員 () 5 家族従事者 ()	1 有 3 無	1 粉じん 3 振動工具 5 鉛 7 有機溶剤 9 該当なし
	生年月日	労働者の始業及び終業の時刻(中小事業主等のみ)	時 分 ~ 時 分	業務歴
	変更決定を希望する日(変更届提出の翌日から起算して30日以内)	年 月 日		

折り曲げる場合には(▶)の所で折り曲げてください。

脱退の場合

以下の*欄は、承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする場合に限って記載すること。

*申請の理由(脱退の理由)

*脱退を希望する日(申請日から起算して30日以内)

年 月 日

上記のとおり 変更を生じたので届けます。
 特別加入脱退を申請します。

年 月 日

労働局長 殿

〒 - 電話 () -

住所 _____
 事業主の氏名 _____
 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

〔標準字体記載に当たっての注意事項〕

- 1 □□□で表示された枠（以下、記載枠という。）に記載する数字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取りを行うので、汚したり、穴を開けたり、必要以上に強く折り曲げたり、のり付けしたりしないでください。
- 2 記載枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、以下に記載された「標準字体」に倣って、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載してください。

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

〔項目記載に当たっての注意事項〕

- 1 「特別加入に関する変更届」と「特別加入脱退申請書」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 2 氏名に変更を生じた場合には、「変更を生じた者の氏名」の欄に変更前の氏名を、「変更後の氏名」の欄に変更後の氏名を記載すること。
- 3 新たに特別加入者になった者がある場合には、
 - (1) 「中小事業主又は一人親方との関係」の欄は、
 - イ 中小事業主等（労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号。以下「法」という。）第33条第1号及び第2号に掲げる者をいう。）にあっては、次のとおりとする。
 該当する者が事業主本人（代表者）に該当する場合は「1」を○で囲むこと。
 また、事業主が行う事業に従事する者（代表者以外の者）については、事業主が法人その他の団体であるときは「3」、事業主が個人であるときは「5」を○で囲むこと。
 さらに、「3」を○で囲んだときはその事業における従業上の地位を、「5」を○で囲んだときは事業主との続柄を、それぞれ（ ）に記載すること。
 - ロ 一人親方等にあっては、次のとおりとする。
 該当する者が一人親方（法第33条第3号に掲げる者をいう。）に該当する場合は「1」を○で囲み、「1」に該当する者が行う事業に従事する者の場合は「5」を○で囲み、（ ）にその構成員との続柄を記載すること。
 特定作業従事者（法第33条第5号に掲げる者をいう。）に該当する場合は当該欄への記載は不要である。
 - (2) 「業務又は作業の具体的内容」の欄には、特別加入者として行う業務又は作業の具体的内容を記載すること。
 - (3) 「労働者の始業及び終業の時刻（中小事業主等のみ）」の欄には、(1)のイの場合のみ特別加入予定者の従事する事業の労働者に係る所定の始業及び終業の時刻を記載すること。
 - (4) 「除染作業」の欄には、特別加入者として行う業務に除染作業が含まれる場合は「1」を○で囲み、除染作業が含まれない場合は「3」を○で囲むこと。
 - (5) 特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務（労働者災害補償保険法施行規則（昭和30年労働省令第22号）第46条の19第3項各号に掲げる業務をいう。）のいずれかに該当する場合には、その該当する特定業務の番号を○で囲むこと。（該当する特定業務が複数の場合には、該当する番号全てを○で囲むこと。）
 なお、いずれにも該当しない場合には、「9」を○で囲むこと。
 - (6) 「業務歴」の欄には、特別加入者として行う業務が「従事する特定業務」の欄に掲げる特定業務のいずれかに該当する場合であって、当該特別加入予定者が過去において当該該当する特定業務に従事したことがあるときに、当該該当する特定業務に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。（該当する特定業務が複数の場合には、主たるものを当該欄に記載すること。その他該当する特定業務については、余白に最初に従事した年月及び従事した期間の合計を記載すること。）
- 4 特別加入承認を受けた事業に係る特別加入者の全員を特別加入者でないこととする（事業主又は団体そのものが特別加入から脱退する）場合には、「脱退申請の場合」の欄（*欄）に記載すること。
- 5 「変更を生じたので届けます。」と「特別加入脱退を申請します。」のいずれか該当するものを○で囲むこと。
- 6 記載事項のない欄には斜線を引くこと。
- 7 労働保険事務組合に労働保険事務の処理を委託している場合には、当該事務組合の名称と電話番号を記載すること。

労働保険事務組合の名称	電話番号

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
			() —

雇用保険被保険者資格喪失届

標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

個人番号登録あり

帳票種別

1 4 1 0 3

1. 被保険者番号

8 8 8 8 - 7 7 7 7 7 7 - 6

2. 事業所番号

1 3 0 1 - 1 1 1 2 2 2 - 3

3. 資格取得年月日

5 - 0 4 0 4 0 1

4. 離職年月日（元号 4 平成 5 令和） 5. 喪失原因

元号 年 月 日

1 離職以外の理由
2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職

6. 離職票交付希望 7. 1週間の所定労働時間

時間 分

8. 補充採用予定の有無
1 有
空 無
1 有

9. 新氏名

フリガナ（カタカナ）

10. 個人番号

安定所記載欄
公共職業

11. 喪失時被保険者種類
3 季節

12. 国籍・地域コード
17欄に対応するコードを記入

13. 在留資格コード
18欄に対応するコードを記入

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
ウエノ ハナコ	女	4-050801	一般		13010	パートタイム
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間		2400	事業所名称略称	株式会社 労働商事		
被保険者の住所又は居所						
被保険者でなくなったことの原因及び被保険者に氏名変更があった場合は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住 所

令和 年 月 日

記名押印又は署名

事 業 主 氏 名

印

電 話 番 号

公共職業安定所長 殿

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク）の所で折り曲げてください。

雇用保険被保険者資格喪失届

14欄から18欄は、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

帳票種別

14105

14. 被保険者氏名（ローマ字）または新氏名（ローマ字）（アルファベット大文字で記入してください。）

14 columns of boxes for name entry

被保険者氏名（ローマ字）または新氏名（ローマ字）〔続き〕

14 columns of boxes for name continuation

15. 在留期間

西暦 年 月 日

16. 派遣・請負就労区分

1 派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労していた場合
2 1に該当しない場合

17. 国籍・地域

Country and region selection boxes

18. 在留資格

Residence qualification selection boxes

備考 確認通知 令和 年 月 日

注意

- 1 記入枠... 2 記載すべき事項のない欄... 3 記入枠の部分は... 4 事業主の住所及び氏名欄には... 5 事業主の氏名... 6 4欄には、被保険者でなくなったことの原因となる事実... 7 5欄には、次の区分に従い... (1) 死亡... (2) 天災... (3) 被保険者の責めに帰すべき重大な理由... (4) 契約期間... (5) 任意退職... (6) (2)から(5)まで以外... (7) 移籍... (8) 事業主の都合... 8 6欄には、被保険者でなくなった者が... 9 7欄には、被保険者氏名... 10 8欄には、被保険者氏名... 11 本手続について... 12 外国人労働者に係る留意事項

注意

- 1 労働保険事務組合は、この通知書の交付を受けたときは... 2 被保険者となったこと... 3 審査請求に対する審査官の決定に不服がある場合には... 4 この処分に対する取消訴訟は... 5 この通知書は、その被保険者を雇用している期間中及びその者が... 6 この通知書とともに交付された雇用保険被保険者証は...

雇用保険被保険者離職証明書(事業主控)

様式第5号

① 被保険者番号	-	③ フリガナ	材ツカ ハナコ	④ 離職	令和	年	月	日
② 事業所番号	-	離職者氏名	大塚 花子	年月日				
⑤ 名称	株式会社 労働商事		⑥ 離職者の住所又は居所	〒 175-1000 東京都板橋区成増町3-2-1				
事業所所在地	東京都文京区後楽町1-2-3		住所又は居所	東京都板橋区成増町3-2-1				
電話番号	03-1111-2222		電話番号	(03) 8888 - 7777				
住所	東京都 中央区 月島 5-5-5		※離職票交付	令和	年	月	日	(交付番号)
事業主氏名	東京厚生 労働保険事務組合 会長 皆保 健人							

離職の日以前の賃金支払状況等

⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑧の期間における賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ ⑩の基礎日数	⑫ 賃金額			⑬ 備考
				⑫ ①	⑫ ②	⑫ 計	
⑫ ①	⑫ ②	⑫ 計					
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				
月 日 ~ 月 日	月 日	月 日 ~ 月 日	日				

⑭ 賃金に関する特記事項	15 この証明書の記載内容(労働者)は相違ないことを証明する(離職者氏名)
--------------	---------------------------------------

※公共職業安定所記載欄	15欄の記載 有・無	16欄の記載 有・無
	賃・聴	

事業主は、公共職業安定所からこの離職証明書(事業主控)の返付を受けたときは、これを4年間保管し、関係職員の要求があったときは提示すること。また、本手続きは電子申請による申請も可能です。本手続きについて、電子申請により行う場合には、被保険者が離職証明書の内容について確認したことを証明することができるものを本離職証明書の提出と併せて送信することをもって、当該被保険者の電子署名に代えることができます。また、本手続きについて社会保険労務士が電子申請による本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行・事務代理者の表示	氏名	電話番号
	【事務組合整理番号印】		

⑦ 離職理由欄…事業主の方は、離職者の主たる離職理由が該当する理由を1つ選択し、左の事業主記入欄の□の中にも○印を記入の上、下の具体的な事情記載欄に具体的な事情を記載してください。

【離職理由は所定給付日数・給付制限の有無に影響を与える場合があり、適正に記載してください。】

事業主記入欄	離職理由	離職区分
<input type="checkbox"/>	1 事業所の倒産等によるもの (1) 倒産手続開始、手形取引停止による離職 (2) 事業所の廃止又は事業活動停止後事業再開の見込みがないため離職	1A 1B
<input type="checkbox"/>	2 定年によるもの 定年後による離職(定年 歳) 定年後の継続雇用 { を希望していた(以下のaからcまでのいずれかを1つ選択してください) を希望していなかった a 就業規則に定める解雇事由又は退職事由(年齢に係るものを除く。以下同じ。)に該当したため(解雇事由又は退職事由と同一の事由として就業規則又は労使協定に定める「継続雇用しないことができる事由」に該当して離職した場合も含む。) b 平成25年3月31日以前に労使協定により定めた継続雇用制度の対象となる高齢者に係る基準に該当しなかったため c その他(具体的理由:)	2A 2B
<input type="checkbox"/>	3 労働契約期間満了等によるもの (1) 採用又は定年後の再雇用時等にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (当初の契約締結後に契約期間や更新回数の上限を短縮し、その上限到来による離職に該当する・しない) (当初の契約締結後に契約期間や更新回数の上限を設け、その上限到来による離職に該当する・しない) (定年後の再雇用時にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職である・ない) (4年6箇月以上5年以下の通算契約期間の上限が定められ、この上限到来による離職である・ない) →ある場合(同一事業所の有期雇用労働者に一律に4年6箇月以上5年以下の通算契約期間の上限が平成24年8月10日前から定められていた・いなかった)	2C 2D 2E
<input type="checkbox"/>	(2) 労働契約期間満了による離職 ① 下記②以外の労働者 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無)) (直前の契約更新時に雇止め通知の有・無) (当初の契約締結後に不更新条項の追加がある・ない) 労働者から契約の更新又は延長 { を希望する旨の申出があった を希望しない旨の申出があった の希望に関する申出はなかった ② 労働者派遣事業に雇用される派遣労働者のうち常時雇用される労働者以外の者 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無)) 労働者から契約の更新又は延長 { を希望する旨の申出があった を希望しない旨の申出があった の希望に関する申出はなかった a 労働者が適用基準に該当する派遣就業の指示を拒否したことによる場合 b 事業主が適用基準に該当する派遣就業の指示を行わなかったことによる場合(指示した派遣就業が取りやめになったことによる場合を含む。) (aに該当する場合は、更に下記の5のうち、該当する主たる離職理由を更に1つ選択し、○印を記入してください。該当するものがない場合は下記の6に○印を記入した上、具体的な理由を記載してください。)	3A 3B 3C 3D 4D 5E
<input type="checkbox"/>	(3) 早期退職優遇制度、選択定年制度等により離職	
<input type="checkbox"/>	(4) 移籍出向	
<input type="checkbox"/>	4 事業主からの働きかけによるもの (1) 解雇(重責解雇を除く。) (2) 重責解雇(労働者の責めに帰すべき重大な理由による解雇) (3) 希望退職の募集又は退職勧奨	
<input type="checkbox"/>	① 事業の縮小又は一部休廃止に伴う人員整理を行うためのもの ② その他(理由を具体的に)	
<input type="checkbox"/>	5 労働者の判断によるもの (1) 職場における事情による離職 ① 労働条件に係る問題(賃金低下、賃金遅配、時間外労働、採用条件との相違等)があったと労働者が判断したため ② 事業主又は他の労働者から就業環境が著しく害されるような言動(故意の排斥、嫌がらせ等)を受けたと労働者が判断したため ③ 妊娠、出産、育児休業、介護休業等に係る問題(休業等の申出拒否、妊娠、出産、休業等を理由とする不利益取扱い)があったと労働者が判断したため ④ 事業所での大規模な人員整理があったことを考慮した離職 ⑤ 職種転換等に適應することが困難であったため(教育訓練の有・無) ⑥ 事業所移転により通勤困難となった(なる)ため(旧(新)所在地:) ⑦ その他(理由を具体的に)	
<input type="checkbox"/>	(2) 労働者の個人的な事情による離職(一身上の都合、転職希望等)	
<input type="checkbox"/>	6 その他(1-5のいずれにも該当しない場合) (理由を具体的に)	

具体的な事情記載欄(事業主用)必ず記載してください。

注1 離職証明書の提出の際には、⑦欄の離職理由を確認できる資料をご持参ください。詳しくは「雇用保険被保険者離職証明書についての注意」をご覧ください。
注2 虚偽の離職理由を記載して、失業等給付を受けたり又は受けようとした場合には不正受給として処分されますので、適正に記載してください。事業主が不正行為をした場合にも、不正に受給した者と連帯して、同様に処分されますのでご注意ください。

裏 面 記 載 な し

雇用保険被保険者離職証明書(事業主控)

① 被保険者番号	-	③ フリガナ	たかろ ゴろう	④ 離職	令和	年	月	日
② 事業所番号	-	離職者氏名	立川 五郎	年月日				
⑤ 名称	株式会社 労働商事		⑥ 離職者の	〒 350-3000				
事業所所在地	東京都文京区後楽町1-2-3		住所又は居所	埼玉県朝霞市新倉5-6-7-809				
電話番号	03-1111-2222			電話番号 (048) 2233 - 4455				
住所	東京都 中央区 月島 5-5-5		※離職票交付	令和	年	月	日	
事業主氏名	東京厚生 労働保険事務組合 会長 皆保 健人		(交付番号)					

離職の日以前の賃金支払状況等

⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑧の期間における賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ ⑩の基礎日数	⑫ 賃金額			⑬ 備考
				⑫-A	⑫-B	⑫-計	
離職日の翌日	月 日	離職日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	

⑭ 賃金に関する特記事項	15 この証明書の記載内容(労働者)は相違ないとの証明(署名押印又は自筆による署名)
--------------	--

※公共職業安定所記載欄	15欄の記載 有・無
	16欄の記載 有・無
	賃・聴

事業主は、公共職業安定所からこの離職証明書(事業主控)の返付を受けたときは、これを4年間保管し、関係職員の要求があったときは提示すること。この本手続きは電子申請による申請も可能です。本手続きについて、電子申請により行う場合には、被保険者が離職証明書の内容について確認したことを証明することができるものを本離職証明書の提出と併せて送信することをもって、当該被保険者の電子署名に代えることができます。また、本手続きについて社会保険労務士が電子申請による本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
	【事務組合整理番号印】		

⑦ 離職理由欄…事業主の方は、離職者の主たる離職理由が該当する理由を1つ選択し、左の事業主記入欄の□の中にも○印を記入の上、下の具体的事情記載欄に具体的事情を記載してください。

【離職理由は所定給付日数・給付制限の有無に影響を与える場合があり、適正に記載してください。】

事業主記入欄	離職理由	離職区分
<input type="checkbox"/>	1 事業所の倒産等によるもの (1) 倒産手続開始、手形取引停止による離職 (2) 事業所の廃止又は事業活動停止後事業再開の見込みがないため離職	1A
<input type="checkbox"/>	2 定年によるもの 定年による離職(定年 歳) 定年後の継続雇用 { を希望していた(以下のaからcまでのいずれかを1つ選択してください) を希望していなかった	1B
<input type="checkbox"/>	a 就業規則に定める解雇事由又は退職事由(年齢に係るものを除く。以下同じ。)に該当したため(解雇事由又は退職事由と同一の事由として就業規則又は労使協定に定める「継続雇用しないことができる事由」に該当して離職した場合も含む。) b 平成25年3月31日以前に労使協定により定めた継続雇用制度の対象となる高齢者に係る基準に該当しなかったため c その他(具体的理由:)	2A
<input type="checkbox"/>	3 労働契約期間満了等によるもの (1) 採用又は定年後の再雇用時等にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (当初の契約締結後に契約期間や更新回数の上限を短縮し、その上限到来による離職に該当する・しない) (当初の契約締結後に契約期間や更新回数の上限を設け、その上限到来による離職に該当する・しない) (定年後の再雇用時にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職である・ない) (4年6箇月以上5年以下の通算契約期間の上限が定められ、この上限到来による離職である・ない) →ある場合(同一事業所の有期雇用労働者に一律に4年6箇月以上5年以下の通算契約期間の上限が平成24年8月10日前から定められていた・いなかった)	2B
<input type="checkbox"/>	(2) 労働契約期間満了による離職 ① 下記②以外の労働者 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無)) (直前の契約更新時に雇止め通知の有・無) (当初の契約締結後に不更新条項の追加がある・ない) 労働者から契約の更新又は延長 { を希望する旨の申出があった を希望しない旨の申出があった の希望に関する申出はなかった	2C
<input type="checkbox"/>	② 労働者派遣事業に雇用される派遣労働者のうち常時雇用される労働者以外の者 (1回の契約期間 簡月、通算契約期間 簡月、契約更新回数 回) (契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無)) 労働者から契約の更新又は延長 { を希望する旨の申出があった を希望しない旨の申出があった の希望に関する申出はなかった	2D
<input type="checkbox"/>	a 労働者が適用基準に該当する派遣就業の指示を拒否したことによる場合 b 事業主が適用基準に該当する派遣就業の指示を行わなかったことによる場合(指示した派遣就業が取りやめになったことによる場合を含む。) (aに該当する場合は、更に下記の5のうち、該当する主たる離職理由を更に1つ選択し、○印を記入してください。該当するものがない場合は下記の6に○印を記入した上、具体的な理由を記載してください。)	2E
<input type="checkbox"/>	(3) 早期退職優遇制度、選択定年制度等により離職 (4) 移籍出向	3A
<input type="checkbox"/>	4 事業主からの働きかけによるもの (1) 解雇(重責解雇を除く。) (2) 重責解雇(労働者の責めに帰すべき重大な理由による解雇) (3) 希望退職の募集又は退職勧奨	3B
<input type="checkbox"/>	① 事業の縮小又は一部休廃止に伴う人員整理を行うためのもの ② その他(理由を具体的に)	3C
<input type="checkbox"/>	5 労働者の判断によるもの (1) 職場における事情による離職 ① 労働条件に係る問題(賃金低下、賃金遅配、時間外労働、採用条件との相違等)があったと労働者が判断したため ② 事業主又は他の労働者から就業環境が著しく害されるような言動(故意の排斥、嫌がらせ等)を受けたと労働者が判断したため ③ 妊娠、出産、育児休業、介護休業等に係る問題(休業等の申出拒否、妊娠、出産、休業等を理由とする不利益取扱い)があったと労働者が判断したため ④ 事業所での大規模な人員整理があったことを考慮した離職 ⑤ 職種転換等に適應することが困難であったため(教育訓練の有・無) ⑥ 事業所移転により通勤困難となった(なる)ため(旧(新)所在地:) ⑦ その他(理由を具体的に)	3D
<input type="checkbox"/>	(2) 労働者の個人的な事情による離職(一身上の都合、転職希望等)	4D
<input type="checkbox"/>	6 その他(1-5のいずれにも該当しない場合) (理由を具体的に)	5E

具体的事情記載欄(事業主用)必ず記載してください。

注1 離職証明書の提出の際には、⑦欄の離職理由を確認できる資料をご持参ください。詳しくは「雇用保険被保険者離職証明書についての注意」をご覧ください。
注2 虚偽の離職理由を記載して、失業等給付を受けたり又は受けようとした場合には不正受給として処分されますので、適正に記載してください。事業主が不正行為をした場合にも、不正に受給した者と連帯して、同様に処分されますのでご注意ください。

裏 面 記 載 な し

労働保険事務等委託解除通知書

労働保険番	府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号		雇用保険 事業所 番号	-				-			
事業場名										常時使用者数	人							
事業場の所在地										雇用保険被保険者数	人							
委託解除の理由																		
委託解除年月日	平成 年 月 日																	
<p>上記の理由により労働保険事務等の委託を解除することとしましたので通知します。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____ 電話番号 _____</p> <p>平成 年 月 日 名称 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者氏名 _____ <small>記名押印又は署名</small> (印)</p> <p style="text-align: right;">殿</p>																		

<p>平成 年 月 日付で通知がありました労働保険事務等の委託解除を 認めます。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____ 電話番号 _____</p> <p>平成 年 月 日 名称 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">代表者氏名 _____ <small>記名押印又は署名</small> (印)</p> <p style="text-align: right;">殿</p>															
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏 面 記 載 な し

労働保険等 労働保険事務等処理委託解除届

下記事業について委託解除があったので届けます。

年 月 日

労働局長 殿

種別 ※修正項目番号

労働保険番号

府 県	所 掌	管 轄 (1)	基 幹	番 号	枝 番 号
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

⑤ 事務処理委託解除年月日 (元号・平成は7、新元号は9) ⑥ 委託解除理由

元号 年 月 日 (印)

※データ指示コード ※再入力区分

※修正項目

1. 事業廃止
2. 委託換え
3. 個別加入
4. 労働者なし

① 事務組合	(イ) 所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>
	(ロ) 名称	TEL(<input type="text"/>)-(<input type="text"/>)-
	(ハ) 代表者氏名	記名押印又は署名 <input type="text"/> (印)

② 事業	(イ) 所在地	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	郵便番号
	(ロ) 名称	<input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 番
③ 事業主	(イ) 住所 (法人のときは 主たる事務所の 所在地)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	郵便番号
	(ロ) 名称	<input type="text"/>	電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 番
	(ハ) 氏名 (法人のときは 代表者氏名)	記名押印又は署名 <input type="text"/> (印)	

社会 保険 労 務 士 記 載 欄	作成年月日・ 提出代行者・ 事務代理者の表示	氏 名	電話番号
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (印)

〔注意〕

1. で表示された枠(以下「記入枠」という。)に記入する文字は、光学文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うのでこの用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
2. 記入枠の部分は、必ず黒色のボールペンを使用し、枠からはみ出さないように大きめのアラビア数字で明瞭に記載すること。
3. ※印のついた記入枠には記載しないこと。
4. ①事務組合の(ハ)代表者氏名、③事業主の(ハ)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。
5. ⑥欄には、右の1. 2. 3. 4のうち、該当するものの数字を記入すること。

裏 面 記 載 な し

雇用保険適用事業所廃止届

標準
字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

帳票種別

14002

1. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)

□□□□□□□□□□□□

※2. 本日の資格喪失・転出者数

□□□□□
人

3. 事業所番号

□□□□-□□□□□□□□□□

4. 設置年月日

□□-□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成)
5 令和
元号 年 月 日

5. 廃止年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成)
5 令和
元号 年 月 日

6. 廃止区分

□

7. 統合先事業所の事業所番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

8. 統合先事業所の設置年月日

□□-□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成)
5 令和
元号 年 月 日

9. 事業所	(フリガナ) 所在地										
	(フリガナ) 名称										
10. 労働保険番号	府	県	所	管	轄	基 幹 番 号			枝 番 号		11. 廃止理由

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所
名 称
氏 名
電 話 番 号

公共職業安定所長 殿 事業主

※ 公共職業安定所記載欄	届書提出後、事業主が住所を変更する場合又は事業主に承継者等のある場合は、その者の住所・氏名	(フリガナ) 名 称									
		(フリガナ) 住 所									
		(フリガナ) 代表者氏名									
		電 話 番 号	郵便番号								
備 考	※ 所長 次長 課長 係長 係 操作者										

労働保険事務組合記載欄

所在地 _____

名 称 _____

代表者氏名 _____

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号

注 意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。
- 4 1欄には、平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記載してください。
- 5 3欄の記載は、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「日」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。（例：1301000001の場合→□□□□日□□□□□□□□□□）
- 6 4欄には、雇用保険の適用事業となるに至った年月日を記載すること。
この場合、年、月又は日が1桁のときはそれぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。（例：平成15年3月1日→□□□□□□□□□□）
- 7 5欄は、年、月又は日が1桁の場合は、4欄の場合と同様に記載すること。
- 8 6欄には、次の区分に従い該当するものの番号を記載すること。
(1) 事業所の廃止（下記（2）に該当する場合を除く。）……………1
(2) 事業所の統合に伴う事業所の廃止……………4
- 9 7欄は、6欄に「4」を記載した場合にのみ記載すること。この場合、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成であるときは、3欄の場合と同様に記載すること。
- 10 8欄には、6欄に「4」を記載した場合に、統合先事業所に係る雇用保険の適用事業となるに至った年月日を、4欄の場合と同様に記載すること。
- 11 事業主の「住所」欄及び「氏名」欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。

お願い

1. 事業所を廃止した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。
2. 記載内容を確認することができる書類を持参してください。

※ 本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。

なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。