雇用保険資格取得届

北九州市八幡医師会

医　院　名		
本人の氏名	(フリガナ)	
	生年月日　S・H　　年　　月　　日生	男・女
雇用年月日	平成　　年　　月　　日付 **※試用期間中も雇用保険の対象となります。**	
被保険者証の有無 (該当にレ点)	□持っている　　□持っていない　　□紛失 **※紛失されている場合は必ず労働者名簿に職歴をご記入下さい。**	
給与種別	月　給・日給月給・日　給・時　給	
給与月額	￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ (交通費含む) 日給者の場合は １ヶ月の出勤見込み日数×日給	
雇用形態	常　用・嘱　託・臨　時・パート	
職　　種 (該当に○印)	医 師・薬剤師・看護師・准看護師・看護助手 事 務・理学療法士・その他（　　）	
労働時間	１週間の所定労働時間（　）時間（　）分	
契約期間の定めの有無	１．有　契約期間　年　月　日から　年　月　日まで 契約更新条項の有無（イ．有　ロ．無） ３１日以上使用する見込みの有無（イ．有　ロ．無） ６ケ月以上使用見込みの有無（イ．有　ロ．無） １年以上使用見込みの有無（イ．有　ロ．無） ２．無	
添付書類	（１）**労働者名簿** と **出勤簿** 職安へ提示しなければならない為に必要。 （２）**雇用保険被保険者証** 以前に、他の事業所に勤務されていた方。 （３）**雇入通知書（短時間就労者（常勤者より労働時間が短い者）：パートタイマー等の場合）** １週間の所定労働時間が２０時間以上、 ３１日以上の雇用の見込みがある方。(両条件必須)	
氏名変更	フリガナ　（　　） 新　氏　名　（　　） 変更年月日　（　平成　　年　　月　　日　）	

2010/4