

雇用保険被保険者取得（喪失）申立書

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

事業所番号

所在地

名称

氏名

印

取締役員である下記の者の雇用保険被保険者としての可否について、労働条件等を届出しますので、よろしくお取り計らい願います。

1. 対象者

	氏名（生年月日）	（ ）
	役職名（就任年月日）	（ ）
	役員報酬金額（支払方法）	（ ）
	出資の有無（株口数）	有 ・ 無 （ 口 ）

2. 労働条件等

（1）職務内容

（2）勤務時間、休日及びその管理について

（3）賃金額及びその算定方法

（4）出勤及び賃金以外で就業規則が適用されない事項

（5）添付書類

登記簿

定款

取締役会議事録

所長	課長	係長