ご提出の際は、誤送信のないよう、ご注意ください。

提出日：　　年　　月　　日

雇用保険被保険者個人番号提供書

労働保険事務組合　行

下記のとおり、雇用保険の（新規・変更・喪失・雇用継続）手続きのため、
個人番号を提供させていただきます。

住所
事業所名

手続き完了後、下記個人番号欄は廃棄致します。

被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
記入例 〇〇　〇〇	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　〇月　×日 記入　〇月　×日 届出　〇月　×日 廃棄　〇月　×日	記入 不要です	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
備考（※）記入不要です				
被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　月　日 記入　月　日 届出　月　日 廃棄　月　日		
備考（※）				
被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　月　日 記入　月　日 届出　月　日 廃棄　月　日		
備考（※）				
被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　月　日 記入　月　日 届出　月　日 廃棄　月　日		
備考（※）				
被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　月　日 記入　月　日 届出　月　日 廃棄　月　日		
備考（※）				
被保険者氏名	事由	事務処理（※）	担当(※)	個人番号（マイナンバー）
	新規・変更・喪失 雇用継続	提供　月　日 記入　月　日 届出　月　日 廃棄　月　日		
備考（※）				

※欄は記入不要です。