兼務役員雇用実態証明書

フリガナ		性別	生年月日・年齢
氏名		男・女	昭和　年　月　日生 平成 令和　（　歳）
被保険者番号	□□□□－□□□□□□－□		
適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□	事業所名	

服務態様	就業規則の適用状況	1. 全部適用　2. 適用無し 3. 一部適用（適用除外条項:　）		
	出勤義務	1. 常勤　2. 非常勤（出勤指定日　） 出勤日の勤務拘束時間　時　分～　時　分　所定労働時間　週　時間　分		
	役員（委任）関係		**従業員（雇用）関係**	
	代表権	有　・　無	前職名称 （役員就任前職名）	
	業務執行権	有　・　無		
	役員名称		現職名称	
	就任年月日	令和　年　月　日	雇用年月日	令和　年　月　日
	役員としての 担当業務内容 （具体的に）		従業員としての 労務内容 （具体的に） 及び 指揮命令権者	指揮命令権者（　）
給与等	役員報酬	月額　・　年俸　円	従業員賃金	月額　・　年俸　円
	役員報酬以外 の報酬	有　・　無	上記以外の賃金 （賞与等）	有　・　無
	決算の際 役員報酬として	1. 計上する 2. 計上しない	決算の際 賃金・給料として	1. 計上する 2. 計上しない
その他	加入済みの社会保険	労災保険　・　健康保険　・　厚生年金保険　・　その他（　）		
	諸帳簿等への 登録整備状況	労働者名簿　・　賃金台帳　・　出勤簿　・　雇用契約書 その他（　）		

上記の者に係る記載内容について、事実に相違ないことを証明するとともに、記載内容に変更が生じた場合には、速やかに再提出します。

また、被保険者資格を喪失すべき状態となった場合には、速やかに資格喪失届を提出します。

令和　年　月　日

住　所

事業主 氏　名

電話番号

公共職業安定所長　殿

※安定所記入欄	確認資料	被保険者性	備考
	雇用契約書・労働者名簿・賃金台帳・登記事項証明書・定款・議事録・就業規則・給与規程・・出勤簿・寄付行為・総勘定元帳・人事組織図・役員報酬規程・決算書の添付書類の役員報酬・その他（　）	あり なし	

課長	係長	係

「同居の親族」雇用実態証明書

フリガナ		性別	生年月日・年齢	事業主との続柄
氏名		男・女	昭和　年　月　日生 平成 令和　（　歳）	
被保険者番号	－　－			
役員就任の有無	取締役等役員になって（ いる ・ いない ） 役職名（　）	従事している業務		
適用事業所番号	－　－	事業所名		
常用雇用労働者数	人	労働者のうち親族以外の者	人	

服務態様	就業規則等の有無	有 ・ 無	就業規則等の適用の有無	有 ・ 無 ・ 一部適用（適用除外条項:　）
	指揮命令権者			
	出退勤確認	有 （ 出勤簿 ・ タイムカード ・ その他 ） ・ 無		
	労働時間	時　分 ～　時　分 まで（休憩　分）		
	有給休暇	有 （年間　日付与） ・ 無		
給与等	給与規程等の有無	有 ・ 無	給与規程等の適用の有無	有 ・ 無 ・ 一部適用（適用除外条項:　）
	賃金形態	年棒 ・ 月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ 出来高給 ・ その他（　）		
	基本給支払内訳（月額）	一般給与　円	役員報酬　円	
	諸手当	時間外手当 ・ 交通費 ・ その他（　）		
	退職金制度の適用	有 ・ 無	欠勤控除	有 ・ 無
	昇給	有（年　回　月）・ 無		
	賞与	有（年　回　ヶ月　円） ・ 無		
その他	加入済みの社会保険	労災保険 ・ 健康保険 ・ 厚生年金保険 ・ その他（　）		
	諸帳簿等への登録整備状況	労働者名簿 ・ 賃金台帳 ・ 出勤簿 ・ 雇用契約書 ・ 身分証明書の交付 その他（　）		
	特記事項 上記の条件及びその他の就労条件について、他の労働者と異なった取扱いがある場合はその内容を記入すること。	他の労働者と異なった取扱いの有無（ 有 ・ 無 ）		

上記の者に係る記載内容について、事実に相違ないことを証明するとともに、記載内容に変更が生じた場合には、速やかに再提出します。

また、被保険者資格を喪失すべき状態となった場合には、速やかに資格喪失届を提出します。

令和　年　月　日

住　所

事業主 氏　名

電 話 番 号

公共職業安定所長 殿

※安定所記入欄	確認資料	被保険者性	備考
	雇用契約書・労働者名簿・賃金台帳（本人・他の従業員）・登記事項証明書・出勤簿（本人・他の従業員）・就業規則・給与規程・定款・議事録・寄付行為・人事組織図 その他（　）	あり なし	

課長	係長	係

在宅勤務雇用実態証明書

フリガナ		性別	生年月日・年齢
氏名		男・女	昭和 年 月 日生 平成 令和 (歳)
被保険者番号	□□□□－□□□□□□－□		
住所又は居所			

指揮監督をする事業所	適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□
	名称	
	所在地	
	電話番号	
従事する業務の内容		

服務態様	就業規則の適用状況	1. 全部適用 2. 適用無し 3. 一部適用 4. 在宅勤務者に関する規則を適用 ※2の場合はその理由を、3又は4の場合は内容やその理由を具体的に記載してください。		
	勤務管理の方法	有 (出勤簿 ・ タイムカード ・ その他( )) ・ 無		
	所定労働時間	時 分 ～ 時 分 まで (休憩 分) 所定労働時間 週 時間 分		
	事業所への出勤の有無	有 (出勤指定日又は1週間当たりの回数 回) ・ 無		
	休日及び休暇	曜日 その他( )	兼業禁止の有無	有 ・ 無
給与等	賃金形態	年棒 ・ 月給 ・ 日給月給 ・ 日給 ・ 時間給 ・ 出来高給 ・ その他( )		
	賞与	有 (年 回 ヶ月 円) ・ 無		
その他	備品・原材料等の購入(賃貸)	1. 本人負担 2. 事業主負担 (負担を定めた規定 有 ・ 無)		
	保守整備・通信費の負担	1. 本人負担 3. 事業主負担 (負担を定めた規定 有 ・ 無)		
	加入済みの社会保険	労災保険 ・ 健康保険 ・ 厚生年金保険 ・ その他( )		
	諸帳簿等への登録整備状況	労働者名簿 ・ 賃金台帳 ・ 出勤簿 ・ 雇用契約書 ・ その他( )		

上記の者に係る記載内容について、事実に相違ないことを証明するとともに、記載内容に変更が生じた場合には、速やかに再提出します。
また、被保険者資格を喪失すべき状態となった場合には、速やかに資格喪失届を提出します。

令和 年 月 日

住 所

事業主 氏 名

電 話 番 号

公共職業安定所長 殿

※安定所記入欄	確認資料	被保険者性	備考
	雇用契約書・労働者名簿・賃金台帳・就業規則・給与規程・ 出勤簿・人事組織図・ その他( )	あり なし	

課長	係長	係

新旧事業実態証明書

1. 旧事業主		2. 新事業主	
名称		名称	
所在地		所在地	
電話番号		電話番号	
適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□	適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□

3. 届出事由

① 合併　② 相続　③ 事業(営業)の譲渡　④ 営業の賃貸借　⑤ 法人設立

⑥ 事業の分割独立　⑦ その他(具体的に:　　)

4. 旧事業主から承継した財産等の内容

① 不動産関係 ・・・・・・・・ 土地 ・ 建物

② 動産関係 ・・・・・・・・ 機械 ・ 設備 ・ 什器

③ 資本・債権債務関係 ・・・・・・・・ 資本金 ・ 資金 ・ 債権 ・ 債務

④ 権利関係 ・・・・・・・・ 営業権(のれん) ・ 特許権 ・ 商標権 ・ 無体財産権

⑤ その他承継するもの ・・・・・・・・ (　　)

5. 旧事業主から承継した労働条件

① 労働協約　② 就業規則　③ 労働基準法上の諸権利　④ 福利厚生

⑤ 労働者個々人との労働契約　⑥ その他(　　)

6. 承継年月日　令和　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和　年　月　日

旧 事業主
所在地
名称
氏名

新 事業主
所在地
名称
氏名

公共職業安定所長 殿

※安定所記入欄	確認資料	同一事業所	備考
	会議録(議事録)・登記簿謄本(新旧両方)・ 契約書(合併・譲渡・分割)・財産目録・労働協約・ 労働者名簿・ その他(　　)	承認する 承認しない	

課長	係長	係

雇用保険被保険者資格 取得/喪失 届等 訂正/取消 願

① 取得/喪失 届等確認通知年月日	年 月 日	フリガナ	
		④ 被保険者氏名	
② 被保険者番号		⑤ 被保険者となった年月日	年 月 日
③ 事業所番号			

		誤（旧）			正（新）		
訂正事項	フリガナ						
	⑥ 被保険者氏名						
	⑦ 生年月日	大・昭・平・令 年	月	日	大・昭・平・令 年	月	日
	⑧ 被保険者となった年月日	平・令 年	月	日	平・令 年	月	日
	⑨ 離職年月日	平・令 年	月	日	平・令 年	月	日
	⑩ その他						
統一事項	⑪ 重複統一（被保険者証を二枚以上持っている場合に統合します。）						
取消事項	⑫ 資格取得届	⑮取消理由					
	⑬ 資格喪失届						
	⑭ 転勤届						

上記のとおり 訂正/取消 していただきたくお願いいたします。

令和 年 月 日

所在地
事業主 名称
代表者氏名

公共職業安定所長 殿

※ 確認書類	労働者名簿 賃金台帳 出勤簿 住民票・戸籍謄(抄)本 被保険者証 各種届確認通知書 契約書 その他関係書類

記入方法

1. ※欄は記入しないでください。
2. ①～⑤欄は、訂正又は取消などを行う確認通知書(各届出書の提出時に安定所からお渡ししたもの)の内容をそのまま記入してください。
3. ⑥～⑭欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、取消の場合には⑮欄に取消理由を記入してください。
4. この願には、被保険者証、確認通知書、様式第4号を必ず添付し、訂正、取消の根拠を確認できる上記書類を持参してください。

課長	係長	係

社会保険労務士記載欄	作成年月日・事務代理者の表示	氏名	電話番号

受理(処理)年月日