決裁	所長	部長	課長	係長	係

雇用保険被保険者資格取得遡及確認申請書(遅延理由書)

被保険者番号					−							−		
氏名														
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日													
事業所番号					−							−		
雇用年月日	平成　　年　　月　　日													
資格取得届遅延理由														

雇用保険料	保険料の納付状況(本人分)	納付済　・　未納付
	賃金からの控除(本人負担分)	有・無・無の場合で全額事業所負担

確認書類(写)	賃金台帳	平成　　年　　月分 ～　　年　　月分
	出勤簿又はタイムカード	平成　　年　　月分 ～　　年　　月分
	その他	

上記により資格取得の遡及確認を申請します。

平成　　年　　月　　日

公共職業安定所長　殿

所在地
事業主
名称・氏名
労働保険事務組合　　㊞
電話番号

注意 ＊ 被保険者資格取得を6ヶ月以上遡って確認する必要がある場合に、資格取得届・確認書類(写)と一緒に提出して下さい。なお、資格取得の遡及確認は、賃金台帳等で本人より雇用保険料の控除を確認できた日、又は保険料の控除を確認できなかった場合、確認を行う日の2年前の日までとなります。

＊ 資格取得届の提出期限は、取得の事実のあった日の属する月の翌月10日までです。今後は厳守して下さい。

＊ 社会保険労務士が代行で申請する場合、事業主の記名並びに届出印が必要です。

＊安定所記載欄	資格取得年月日	平成　　年　　月　　日		
	算調の必要の有無	有・無	算調有の場合事業主に伝達	有
	未取得の者	有・無・その他【　　】		
備考				

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　　㊞