**派遣先への通知　見本**

令和○○年□□月△△日

労働者派遣契約に基づき、次の労働者を派遣します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 派遣労働者氏名 | ○○　○○○ | 性　　　別 | 　　　□男　・　□女 |
| 年　　　齢 | □18歳未満（　）歳　□45歳以上60歳未満　□60歳以上　□いずれも該当せず |
| 無期雇用か有期雇用かの別 | □無期雇用派遣労働者　　□有期雇用派遣労働者（○か月契約） |
| 協定対象派遣労働者であるか否かの別 | □協定対象派遣労働者(労使協定方式)□協定対象派遣労働者でない(派遣先均等・均衡方式) |
| 雇用保険 | □有　　　□無無しの場合はその理由を記載（現在、必要書類の準備中であり、今月の○日には届出予定）※手続きが完了したら再度完了した旨通知すること。（注）労働・社会保険の取得届の提出が「無」の場合、具体的な理由を記載すること。【１週間の所定労働時間が15時間のため】【健康保険及び厚生年金については、１週間の所定労働時間が、通常の労働者の４分の３未満のため未加入】 |
| 健康保険 | □有　　　□無無しの場合はその理由を記載（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 厚生年金保険 | □有　　　□無無しの場合はその理由を記載（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 各種保険の被保険者資格取得届の確認資料 | 確認書類（別添の被保険者証の写しのとおり）（注）被保険者証の写し等の提示は労働者本人の同意を得ることが原則。同意が得られない場合は、生年月日、年齢等を黒塗りするとともに、確認後は派遣元に返却するよう派遣先に依頼する等個人情報の保護に配慮すること。確認書類は、各種資格取得届の事業主控えの写しでも可。派遣契約の更新等で、派遣先への通知内容に変更がない場合は、改めて提示する必要はありません。＊健康保険の場合は、以下のいずれかを派遣先に提示。ただし、健康保険の保険者番号及び被保険者等記号・番号は黒塗りすること。➀ マイナポータル上の医療保険資格情報を保存したもの➁ 資格確認書の写し③ 資格情報のお知らせの写し④ 健康保険の加入者の氏名・保険者名・資格取得年月日の情報等の加入させていることがわかる資料（例）氏名：○○　○○　 　　保険者名：全国健康保険協会○○支部　　　　資格取得年月日：○○年○○月○○日 |