

雇用保険被保険者資格取得届出確認照会票

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

帳票種別

□□□□8□

第2面の注意をよくお読みください。

1. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□-□□

2. 氏名(漢字)

□□□□□□□□□□□□□□□□

フリガナ(カタカナ)

□□□□□□□□□□□□□□□□

3. 生年月日

□□-□□□□□□ (2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

4. 郵便番号

□□□□-□□□□

5. 被保険者の住所(漢字) 市・区・郡及び町村名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

被保険者の住所(漢字) 丁目・番地

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

被保険者の住所(漢字) アパート、マンション名等

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 資格取得年月日

□□-□□□□□□ (3 昭和 4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

7. 事業所番号

□□□□□□-□□□□□□□□-□□

事業所の名称

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業所の所在地

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

※ 公共職業安定所
記載欄

8. 強制出力
□

上記のとおり雇用保険の被保険者資格の取得手続きの有無について照会します。

電話番号 _____

照会者 氏名 _____

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

備考	※ 処理欄	照会処理日	令和 年 月 日
		有無(理由)	
		通知年月日	令和 年 月 日
		本人・住所 運・健 受・出 住・印 被	本・代 ・郵

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

注 意

- 1 この照会票は、現在働いている（以前働いていた）事業所（以下「照会対象事業所」という。）において雇用保険の被保険者資格の取得手続きが行われているかどうかについて、公共職業安定所に対して照会、確認する際に用いるものです。
- 2 照会を希望する場合は、照会票に必要事項を記載し、本人確認及び本人の住居所の確認できる官公署の発行した確認書類（「運転免許証」「個人番号カード」「国民健康保険被保険者証」「雇用保険受給資格者証」「出稼労働者手帳」「住民票の写し」「印鑑証明書」等のいずれか（コピー可））を添付して、本人が、原則として照会対象事業所の所在地又は本人の住居所を管轄する公共職業安定所に提出してください。
- 3 照会票の提出は代理人又は郵送によっても行うことができます。ただし、代理人による提出の場合「委任状」が必要となります。委任状の文例＝「私は、（代理人住所）に住む（代理人氏名）を代理人に定めて、（照会先安定所）に雇用保険被保険者資格取得届出確認照会票及び確認書類を提出することを委任します。（本人住居所・氏名・印）（委任の年月日）」
また、郵送による提出の場合、事故防止のため、上記2の書類については、いずれかの書類のコピー、又は原本の場合は「住民票の写し」若しくは「印鑑証明書」に限ります。
- 4 照会票の記載について
 - (1) □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）の部分は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行いますので、枠からはみ出さないように大きめの文字によって明瞭に記載するとともに、この用紙を汚したり必要以上に折り曲げたりしないでください。
 - (2) ※印の付いた欄には記載しないでください。
 - (3) 1欄には、雇用保険被保険者証（又は雇用保険受給資格者証）に記載されている被保険者番号を記載してください。なお、被保険者番号が16桁（2段／上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の枠を空枠としてください。
 - (4) 2欄は、姓と名の間に1枠空けてください。
また、2欄及び5欄には、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字体とする。）により明瞭に記載してください。この場合、小さい文字は記入枠の下半分に記載し（例：ア→ア）、濁点及び半濁点は前の文字に含めて記載してください。（例：が→ガ、パ→パ）
 - (5) 3欄及び6欄には、元号のコード番号を記載した上で、年月日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：昭和51年2月2日→30510202）
 - (6) 5欄1行目には、都道府県名は記載せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記載してください。
5欄2行目には、丁目及び番地のみを左詰めで記載してください。
また、所在地にアパート、マンション名等が入る場合は、5欄3行目に左詰めで記載してください。
 - (7) 6欄には、照会対象事業所において雇用されるに至った年月日を記載してください。
 - (8) 7欄の事業所番号は、公共職業安定所から当該事業所が付与された適用事業所番号です。照会対象事業所へ確認の上、記載してください。
なお、事業所番号が連続した10桁である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠を空枠としてください。
 - (9) 事業所の名称及び事業所の所在地欄は、照会対象事業所について記載してください。
 - (10) 照会者の電話番号欄は、平日昼間に連絡のとりやすい電話番号を記載してください。
 - (11) 1欄及び7欄について記入すべき番号がわからない場合は、窓口職員にご相談ください。
- 5 公共職業安定所においては、この照会票に基づいて、照会対象事業所において雇用保険の被保険者資格の取得手続きが行われているか否かについて確認を行い、その結果を雇用保険被保険者資格取得届出確認照会回答書によって、即日、本人若しくは代理人に交付するか、又は後日、本人の住所宛に送付します。