

## 第3章 適用事業所についての諸手続

雇用保険の適用事業所が行わなければならない手続は「雇用保険法」と「労働保険の保険料の徴収等に関する法律」の2つの法律に定められています。

したがって、適用事業所についての提出書類は、雇用保険の（事業所及び被保険者に関する）提出書類と、労働保険の（保険料に関する）提出書類の両方を提出しなければなりません。

また、労働保険の手続については、事業所の事業内容（一元適用事業であるか二元適用事業であるか）によって提出先と提出書類が異なりますのでご注意ください。

なお、雇用保険に関する各種提出書類については、ハローワークにて配付しているほか、ハローワークインターネットサービスからダウンロードできます。詳しくは、下記でご確認ください。各種提出書類を印刷する場合は、A4の白色用紙に等倍（倍率100%）で印刷してください。

ハローワークインターネットサービス 帳票一覧

検索



(<https://hoken.hellowork.mhlw.go.jp/assist/001000.do?screenId=001000&action=initDisp>)

### 1 事業所を新たに設置したとき

#### (1) 労働保険関係

- 提出書類……「**労働保険保険関係成立届**」
- 提出期日……保険関係が成立した日の翌日から起算して10日以内
- 提出先……次の①または②のとおり
  - ① 一元適用事業の場合は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
  - ② 二元適用事業の場合は、雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワーク、労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
- 提出書類……「**労働保険概算保険料申告書（納付書）**」
- 提出期日……保険関係が成立した日の翌日から起算して50日以内
- 提出先……次の①または②のとおり
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。
  - ① 一元適用事業の場合
    - 黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を、労働局、労働基準監督署又は金融機関へ申告、納付してください。
  - ② 二元適用事業の場合
    - 雇用保険はふじ色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局または金融機関へ、労災保険は黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局、労働基準監督署または金融機関へ申告、納付してください。
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

## (2) 雇用保険関係

- ・ 提出書類……………**「雇用保険適用事業所設置届」**
- ・ 提出期日……………適用事業に該当（労働者を雇用する事業を開始）した日の翌日から起算して10日以内
- ・ 提出先……………事業所の所在地を管轄するハローワーク
- ・ 持参するもの…次の①～③（②は、原則として登記事項証明書）
  - ① 「労働保険関係成立届」事業主控
  - ② 登記事項証明書（法人事業所の場合、雇用保険適用事業所設置届に法人番号が記載されている場合は省略可能）、事業許可証、工事契約書、不動産契約書等  
なお、事業所の所在地が登記されたものと違っている場合は、公共料金の請求書、賃貸借契約書等の所在地が明記されている書類が別途必要です。  
また、必要に応じて、事業実在の確認のため書類の追加依頼や実地調査を行う場合があります。
  - ③ 賃金台帳、労働者名簿、出勤簿（タイムカード等）
- ・ その他の手続……………**雇用保険被保険者資格取得届（または雇用保険被保険者転勤届）を設置届と同時に提出してください。**

### 【参考】 労務関係の帳簿等について

法令により調製が義務づけられたもの、雇用管理や給与計算に必要なもの等があります。詳細は労働基準監督署へお問い合わせください。

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ● 労働者名簿（労働基準法第107条）                 | ● 賃金台帳（労働基準法第108条）                 |
| ○ 氏名・生年月日・住所                        | ○ 賃金総額と各種控除額                       |
| ○ 雇入れ年月日                            | ○ 基本給と諸手当の内訳                       |
| ○ 解雇又は退職の年月日及びその事由                  | ○ 賃金計算期間                           |
| ○ 従事する業務の種類                      など | ○ 労働日数・時間数                      など |
| ● 出勤簿又はタイムカード                       | ● 就業規則・給与規定（労働基準法第2条、第15条、第89条）    |
| ● 社会保険や労働（労災・雇用）保険の各種手続の事業主控        | ● 労働条件通知書（雇入通知書）（労働基準法第15条）又は雇用契約書 |

# 労働保険関係成立届の記入例

## 「労働保険番号」

・この届を提出する安定所、または監督署で記入しますので記入しないでください。

## ③「事業の概要」

・事業内容を具体的に記入してください。

## ⑥「保険関係成立年月日」

・労働保険の適用事業となった年月日を記入してください。

## ⑦「雇用保険被保険者数」

・「一般・短期」には、その年度における1か月平均雇用保険被保険者数のうち、一般被保険者数と短期特例被保険者数の合計を記入し、「日雇」には日雇労働被保険者数を記入してください。

## ⑧「賃金総額の見込額」

・保険関係が成立した日から当該年度末(3月31日)までの期間に使用する労働者にかかる賃金総額の見込額を記入してください。

## ⑪⑫⑬「事業所」

・実際の事業を営んでいる所在地を記入してください。  
 ・個人の場合は屋号のほか事業主の氏名を記入してください。  
 ・<カナ>には、カタカナと「-」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。  
 ・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

## ⑭「保険関係成立年月日」

・⑥欄の年月日を記入してください。

## ⑮「雇用保険被保険者数」

・⑦欄の一般・短期と日雇との合計人数を記入してください。

## ⑲「法人番号」

・法人番号(国税庁から通知される13桁の番号)を記入してください。  
 ・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

様式第1号(第4条、第64条、附則第2条関係)(1)(表面)

提出用

労働保険 〇: 保険関係成立届(継続)(事務処理委託届)  
 1: 保険関係成立届(有期)  
 2: 任意加入申請書(事務処理委託届)

令和〇〇年 4月 7日

① 事業主 住所又は所在地 鹿児島市山下町13-21  
 氏名又は名称 鹿児島物産 株式会社  
 代表者氏名  
 ② 事業主 所在地 鹿児島市山下町13-21  
 名称 鹿児島物産 株式会社  
 ③ 事業の概要 食料品の販売  
 ④ 事業の種類 卸売業・小売業  
 ⑤ 加入済の労働保険 (イ) 労働保険 (ロ) 雇用保険  
 ⑥ 保険関係成立年月日 (労災) 〇〇年 4月 1日 (雇用) 〇〇年 4月 1日  
 ⑦ 雇用保険被保険者数 一般・短期 15人 日雇 人  
 ⑧ 賃金総額の見込額 千円  
 ⑨ 委託事務組合 所在地 鹿児島市  
 名称 代表者氏名  
 ⑩ 産社事務内容  
 ⑪ 事業開始年月日 年 月 日  
 ⑫ 事業廃止等年月日 年 月 日  
 ⑬ 建設の事業の請負金額 円  
 ⑭ 立木の伐採の事業の素材見込産量 立方メートル  
 ⑮ 発注者 住所又は所在地 鹿児島市  
 氏名又は名称 代表取締役 鹿児島太郎

⑬ 労働保険番号 3160

鹿児島物産株式会社 代表取締役 鹿児島太郎

⑪ 住所(カナ) 郵便番号 892-0816 住所(市・区・郡名) カコシマシ  
 住所(つづき) ヤマシタチヨウ  
 住所(つづき) 丁目・番地 13-21  
 住所(つづき) ビル・マンション名等  
 ⑫ 住所(漢字) 住所(市・区・郡名) 鹿児島市  
 住所(つづき) 山下町  
 住所(つづき) 丁目・番地 13-21  
 住所(つづき) ビル・マンション名等  
 ⑬ 事業所 名称・氏名 カコシマフツサン  
 名称・氏名(つづき) カフシキカイシヤ  
 名称・氏名(つづき)  
 電話番号(市外局番) 電話番号(市内局番) 番号(番号) 099-223-8276  
 名称・氏名 鹿児島物産  
 名称・氏名(つづき) 株式会社  
 名称・氏名(つづき)

⑭ 雇用保険被保険者数 (31600又は31602のとき) 元号 令和19 年 月 日 15人  
 ⑮ 加入済労働保険番号 (31600又は31602のとき) 都道府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号  
 ⑯ 適用労働保険番号1 都道府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号  
 ⑯ 適用労働保険番号2 都道府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号  
 ⑰ 雇用保険の事業所番号 (31600又は31602のとき) 都道府区分 (31600又は31602のとき) 特種コード (31600のとき) 管轄(2) (31600のとき) 業種 産業分類 (31600又は31602のとき) データ指示コード 再入力区分  
 ⑱ 修正項目(英数・カナ) ⑲ 修正項目(漢字)  
 ⑳ 受付年月日(元号:令和19) ㉑ 法人番号 0123456789012

# 労働保険概算保険料申告書（一元適用事業）の記入例

## ①「労働保険番号」

・「労働保険関係成立届」を監督署に提出すると労働保険番号が割り振られますので、その番号を記入してください。

## ②「保険料算定基礎額の見込額」

・保険関係が成立した日から当該年度末（3月31日）までの期間に使用する労働者にかかる賃金支払総額の見込額(1,000円未満切り捨て)を記入してください。

## ③「延納の申請」

・保険料額が400,000円(労災保険・雇用保険のいずれか一方の場合は200,000円)以上の場合にできます。

### 【納付回数】

成立年月日  
4/1～5/31 3回  
6/1～9/30 2回  
10/1 以降 1回

## ④「保険関係成立年月日」

・「労働保険関係成立届」の⑥欄の日を記入してください。

## ⑤「事業又は作業の種類」

・事業内容や作業の種類を具体的に記入してください。

## ⑥「法人番号」

・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。  
・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

## 「労働保険番号」

・①の番号をそのまま転記してください。

## 「納付額」

・②欄の(ト)の額を転記し、金額の前に必ず「¥」記号を付してください。

様式第6号（第24条、第25条、第33条関係）（甲）（1）

労働保険 **概算・増加概算・確定保険料** 申告書  
石綿健康被害救済法 **一般拠出金**

継続事業  
(一括有期事業を含む。)

標準字体 **0123456789**

※2桁目以上は当該年度の事業種別を多く含む方が読みやすいので、OCRソフトへの記入は上記の「標準字体」をお願いします。

提出用  
令和00年 4月 7日  
あて先 〒 892-8535  
鹿児島市山下町13-21  
鹿児島合同庁舎2階  
鹿児島労働局  
労働保険特別会計歳入徴収官殿

区分	⑧保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨保険料一般総額	⑩確定保険料・一般拠出金額(⑧×⑨)
労働保険料	457405	1000分の	457405
労働保険分	34095	1000分の	34095
雇用保険分	30880	1000分の	30880
一般拠出金			

⑪保険料率 × × . × ×

⑫延納の申請 納付回数 **3**

⑬申告済概算保険料額 ⑭申出済概算保険料額

⑮差引額

⑯納付額

⑰事業又は作業の種類 **食料品の販売**

⑱事業番号 **892-0816** ⑲所属番号 **099** ⑳事業種別 **223** ㉑延納番号 **8276**

⑳事業主住所 **鹿児島市山下町13-21**  
㉑事業主名称 **鹿児島物産株式会社**  
㉒代表取締役 **鹿児島太郎**

⑳社会保険 ㉓作成年月日・提出代行番号・事務代理者の表示

きりとり線（1枚目はきりません）

領収済通知書 (労働保険) (国庫金) (記入例) **0123456789**

30840 取扱庁名 **鹿児島労働局** 00075661 徴収種別 **保険料収入徴収** 労働保険特別会計 **0847** 原簿番号 **6118** 令和 **00** 年度

①納付の目的 **1** 期

②納付額 **457405**

③納付場所 **鹿児島市山下町13-21**  
(氏名) **鹿児島物産株式会社 代表取締役 鹿児島太郎**

④納付の場所 **鹿児島労働局労働保険特別会計歳入徴収官** (印字送付)

# 労働保険概算保険料申告書（二元適用事業）の記入例

様式第6号（第24条、第25条、第33条関係）（甲）（1）

労働保険 **概算・増加概算・確定保険料** 申告書  
 五臓健康被害救済法 **一般拠出金**

**継続事業**  
 （一括有期事業を含む。）

標準字体 **0123456789**  
 第3桁「記入に当たっての注意事項」をよく読んでから記入して下さい。  
 OCR時への記入は上記の「標準字体」でお願います。

提出用

令和00年 4月 7日

あて先 〒 892-8535  
 鹿児島市山下町13-21

鹿児島合同庁舎2階

鹿児島労働局  
 労働保険特別会計収入徴収官殿

種別 **32700** ※修正項目番号 ※入力確定コード

① 労働保険番号 **46301543210**

② 増加年月日(元号：令和は9) **202204** ③ 事業終了等年月日(元号：令和は9) **202303** ※事業終了等理由

④ 高特掲申労働者数 **1** ⑤ 雇川保険被保険者数 **1** ※保険関係 ⑥ 引取理由コード

⑦ 区分 **労働保険料** 算定期間 **令和4年4月1日** から **令和5年3月31日** まで

区分	⑧ 保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨ 保険料一般税率	⑩ 確定保険料・一般拠出金額(⑧×⑨)
労働保険料	13千円	1000分の1	13千円
労災保険分	13千円	1000分の1	13千円
雇用保険分	18千円	1000分の1	18千円
一般拠出金	33千円	1000分の1	33千円

⑪ 区分 **労働保険料** 算定期間 **令和4年4月1日** から **令和5年3月31日** まで

区分	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率	⑭ 概算・増加概算保険料額(⑫×⑬)
労働保険料	22千円	1000分の1	447760円
労災保険分	22千円	1000分の1	447760円
雇用保険分	30880円	1000分の1	447760円

⑮ 申告済概算保険料額 **0**円 ⑯ 申告済概算保険料額 **0**円

⑰ 差引額 (イ) 充当額 **0**円 (ロ) 還付額 **0**円

⑱ 期別納付額 第1期 **0**円 第2期 **0**円 第3期 **0**円

⑳ 事業主の郵便番号(変更のある場合記入) **892-8535** ㉑ 事業主の電話番号(変更のある場合記入) **892-8535**

㉒ 延納の申請 前付回数 **0**回

(8・10・12・14・20の(ロ)欄の金額の前に「¥」記号を付さないで下さい。)

なるべく折り返さないようにし、やむをえない場合には折り返し(マニフ)の所で折り返し(マニフ)を記入してください。

①「労働保険番号」  
 ・「労働保険関係係成立届」(事業主控)に記載された番号を記入してください。(ハローワークに「労働保険関係係成立届」を提出すると、番号が割り振られます。)

⑫「保険料算定基礎額の見込額」  
 ・保険関係が成立した日から当該年度末(3月31日)までの期間に使用する労働者にかかる賃金支払総額の見込額(1,000円未満切り捨て)を記入してください。

⑬「延納の申請」  
 ・保険料額が200,000円以上の場合にできます。  
**[納付回数]**  
 成立年月日  
 4/1~5/31 3回  
 6/1~9/30 2回  
 10/1以降 1回

⑭「保険関係成立年月日」  
 ・「労働保険関係係成立届」の⑥欄の日を記入してください。

⑮「事業又は作業の種類」  
 ・事業内容や作業の種類を具体的に記入してください。

⑯「特掲事業」  
 ・特掲事業にあたる事業は(イ)を○で囲み、それ以外の事業は(ロ)を○で囲んでください。

⑰「法人番号」  
 ・法人番号(国税庁から通知される13桁の番号)を記入してください。  
 ・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

「労働保険番号」  
 ・①の番号をそのまま転記してください。

「納付額」  
 ・⑭欄の(ト)の額を転記し、金額の前に必ず「¥」記号を付してください。

⑲ 申告済概算保険料額 **0**円

⑳ 差引額 (イ) 充当額 **0**円 (ロ) 還付額 **0**円

㉑ 期別納付額 第1期 **0**円 第2期 **0**円 第3期 **0**円

㉒ 事業主の郵便番号(変更のある場合記入) **892-8535** ㉓ 事業主の電話番号(変更のある場合記入) **892-8535**

㉔ 延納の申請 前付回数 **0**回

㉕ 申告済概算保険料額 **0**円

㉖ 増加概算保険料額 **0**円

㉗ 高収入者数 **0**人

㉘ 労働保険関係係成立年月日 **00000000**

㉙ 引事業終了等理由 **0000**

㉚ 事業又は作業の種類 **建設事業**

㉛ 郵便番号 **892-0847** 電話番号 **(099) 219 - 8711**

㉜ (イ)住所(法人の場合は所在地) **鹿児島市西千石町1-1**

㉝ (ロ)名称 **雇用建設 株式会社**

㉞ (ハ)氏名(法人のときは代表者の長氏) **代表取締役 労働一郎**

㉟ 社会保険 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示

㊱ 氏名 **労働一郎** 電話番号 **099-219-8711**



## 2 事業所の所在地、名称、および事業主の住所、名称、氏名、事業の種類に変更があったとき

### (1) 労働保険関係

- 提出書類……………**「労働保険名称、所在地等変更届」**
- 提出期日……………変更のあった日の翌日から起算して10日以内
- 提出先……………次の①または②のとおり
  - ① 一元適用事業は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
  - ② 二元適用事業は、雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワークへ、労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

### (2) 雇用保険関係

- 提出書類……………**「雇用保険事業主事業所各種変更届」**
- 提出期日……………変更のあった日の翌日から起算して10日以内
- 提出先……………事業所の所在地を管轄するハローワークへ提出してください。
- 持参するもの…原則、添付書類は不要ですが、内容確認のため、以下の書類の添付を求めることがあります。

(登記事項証明書(法人事業所の場合、雇用保険事業主事業所各種変更届に法人番号が記載されている場合は省略可能)、事業許可証、他の行政機関への提出済書類(控)等、変更の事実が確認できる書類)

※ 法人の場合、**法人の代表者の変更のみの時は届出の必要はありません。**

#### 事業所の所在地が変更となった場合は、以下にご注意ください！

##### ① 一元適用事業

移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出した後、移転後の所在地を管轄するハローワークへ、その控を添えて「雇用保険事業主事業所各種変更届」を提出してください。

##### ② 二元適用事業

雇用保険については、移転後の所在地を管轄するハローワークへ「労働保険名称、所在地等変更届」、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、労災保険については、移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出してください。

# 労働保険名称、所在地等変更届の記入例

**「変更後の事業所」**

- ・変更事項のみ記入してください。
- ・<カナ>には、カタカナと「-」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。
- ・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

**⑦「事業の種類」**

- ・事業内容が変更になった場合、保険率が変更されることがあるので具体的に記入してください。

様式第2号（第5条関係）

## 労働保険 名称、所在地等変更届

下記のとおり事業場に変更があったので届けます。

提出用

年 4 月 7 日

種 別	3 1 6 0 4	鹿見島 労働基準監督署長 公共職業安定所長 殿					
※修正項目番号		※修正項目番号		※変更後の労働保険番号		※変更後の元請労働保険番号	
				府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号		府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号	
				4 6 3 0 1 5 4 3 2 1 0 -			
郵便番号		住所 市・区・町名		事業の種類		事業主	
8 9 0 - 0 0 5 6		カ コ シ マ シ		雇用建設 株式会社		住所又は所在地 鹿見島市西千石町1-1 氏名又は氏称 雇用建設 株式会社	
① 住所(つづき) 町村名		住所(つづき) 丁目・番地		② 事業の種類		③ 事業主	
シ モ ア ラ タ		1 - 4 3 - 2 8		雇用建設 株式会社		892-0847 鹿見島市西千石町1-1 電話番号 099-219-8711	
住所(つづき) ビル・マンション名等		住所(つづき) 町村名		住所(つづき) 丁目・番地		住所(つづき) 丁目・番地	
		鹿 見 島 市		1 - 4 3 - 2 8		下 荒 田	
住所(つづき) 町村名		住所(つづき) 丁目・番地		住所(つづき) ビル・マンション名等		住所(つづき) ビル・マンション名等	
下 荒 田		1 - 4 3 - 2 8					
④ 名称・氏名(カナ)		⑤ 名称・氏名(漢字)		⑥ 名称・氏名(カナ)		⑦ 名称・氏名(漢字)	
カ コ シ マ コ ウ キ ヨ ウ		カ フ シ キ カ イ シ ヤ		鹿 見 島 工 業		鹿 見 島 工 業	
カ フ シ キ カ イ シ ヤ				株 式 会 社		株 式 会 社	
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	
0 9 9 - 2 5 0 - 6 0 6 0							
⑧ 名称・氏名(漢字)		⑨ 名称・氏名(漢字)		⑩ 名称・氏名(漢字)		⑪ 名称・氏名(漢字)	
鹿 見 島 工 業		株 式 会 社		鹿 見 島 工 業		株 式 会 社	
事業終了予定年月日(元号：平成は?)		事業要年月日(元号：平成は?)		事業主		事業主	
- - - - -		9 - 0 0 - 0 4 - 0 1		鹿 見 島 市 下 荒 田 1 - 4 3 - 2 8		鹿 見 島 市 下 荒 田 1 - 4 3 - 2 8	
※変更後の労働保険番号		※変更後の元請労働保険番号		住所		住所	
府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号		府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号		鹿 見 島 市		鹿 見 島 市	
				下 荒 田 1 - 4 3 - 2 8		下 荒 田 1 - 4 3 - 2 8	
⑫ 変更後の事業所番号		⑬ 保険関係区分		⑭ 府県区分		⑮ 管轄(2)	
- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -	
※業 種		※産業分類		※特掲コード		※非片保理由コード	
- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -	
※修正項目(英数・カナ)		※修正項目(漢字)		※データ指示コード		※再入力区分	
- - - - -		- - - - -		- - - - -		- - - - -	
事業主		住所		鹿見島工業株式会社		鹿見島工業株式会社	
鹿見島工業株式会社		鹿見島市下荒田1-43-28		氏名 代表取締役 労働一郎		氏名 代表取締役 労働一郎	
		記名押印又は署名		(法人のときはその名称及び代表者の氏名)		(法人のときはその名称及び代表者の氏名)	

# 雇用保険事業主事業所各種変更届の記入例

雇用保険事業主事業所各種変更届 (必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

1. 事業所番号: 49000-123456-7

2. 変更年月日: 5-061101 (平成 5 令和)

3. 事業所番号: 49000-123456-7

4. 設置年月日: 5-021001 (平成 令和)

5. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。): 9999999999999999

6. 事業所の名称 (カタカナ): カフシキカイシャ コヨウホケン ミタカシテン

7. 事業所の名称 (漢字): 株式会社 雇用保険 三鷹支店

8. 郵便番号: 171-0000

9. 事業所の所在地 (漢字) 市・区・郡及び町村名: 三鷹市下連雀

10. 事業所の電話番号 (表目ごとにそれぞれ本語めで記入してください。): 0422-0000-0000

11. 労働保険番号: 4910012345600

12. 設置区分: ( ) ( ) ( ) ( )

13. 事業所区分: ( ) ( ) ( ) ( )

14. 産業分類: ( ) ( ) ( ) ( )

15. 変更前の事業所の名称: 株式会社 雇用保険 新宿支店

16. 変更後の事業所の所在地: 東京都新宿区西新宿〇-△-□

17. 変更の理由: 事業所所在地の移転及び事務所名称の変更

18. 事業の開始年月日: 令和 年 月 日

19. 事業の停止年月日: 令和 年 月 日

20. 常務使用労働者数: 3人

21. 常務使用労働者数: 3人

22. 常務使用労働者数: 3人

23. 雇用保険担当課長名: 総務課 総務係

24. 社会保険加入状況: 健康保険 厚生年金保険 労災保険

25. 雇用保険被保険者数: 一般 人 日雇 人

26. 支払関係: 賃金支払日 15日 賞与支払日 毎月 25日

備考: 所長 次長 課長 係長 係 操作者

2「変更年月日」3「事業所番号」  
4「設置年月日」  
・「0」も省略せず、枠すべてに記入してください。

5「法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)」  
・法人番号 (国税庁から通知される13桁の番号) を記入してください。

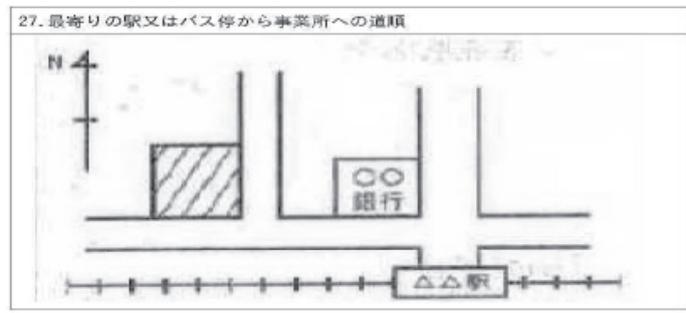
6および7「事業所の名称」、8「郵便番号」、9「事業所の所在地」、10「事業所の電話番号」  
・変更事項のみを記入してください。ただし、事業所の所在地が変更になった場合は、変更となった所在地全てを記入してください。

11「労働保険番号」  
・所在地移転・事業内容の変更等により労働保険番号が変更になったとき記入してください。ただし、他のハローワークの管内から移転した場合は、変更がなくても記入してください。

16「変更後の事業の概要」  
・事業内容が変更になった場合は、変更後の事業内容を具体的に記入してください。

「変更後の事業所」  
・変更事項のみ記入してください。  
・<カナ>には、カタカナと「-」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。  
・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

※ 裏面も忘れずに記入してください



上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

公共職業安定所長 殿

住所  
事業主 名称  
氏名

社会保険 労務士 記載欄	労働年月日・退社日付者・事務代理者の氏名	氏名	電話番号
--------------------	----------------------	----	------

労働保険事務組合記載欄

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

委託開始 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委託解除 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 3 事業を廃止・休止したとき、または雇用する労働者がいなくなったとき

#### (1) 労働保険関係

- 提出書類……………**「労働保険確定保険料申告書（納付書）」**
- 提出期日……………事業を廃止した日の翌日から起算して 50 日以内
- 提出先……………次の①または②のとおり
  - ① 一元適用事業は、黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を、労働局、労働基準監督署又は金融機関へ申告、納付してください。
  - ② 二元適用事業は、雇用保険はふじ色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局又は金融機関へ、労災保険は黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局、労働基準監督署又は金融機関へ、それぞれ申告、納付してください。
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

#### (2) 雇用保険関係

- 提出書類……………**「雇用保険適用事業所廃止届」**
- 提出期日……………廃止した日の翌日から起算して 10 日以内
- 提出先……………事業所の所在地を管轄するハローワークへ提出してください。
- 持参するもの……登記事項証明書（法人事業所の場合、雇用保険適用事業所廃止届に法人番号が記載されている場合は省略可能）、閉鎖謄本、労働者名簿、出勤簿など廃止の事実が確認できる書類
- その他の手続き…雇用保険被保険者資格喪失届および雇用保険被保険者離職証明書を同時に作成し、提出してください。

**以下のいずれかに該当する場合も、事業所廃止届をご提出ください！**

- ① 事業は継続しているが、雇用する被保険者が「0人」になり、被保険者になる労働者を雇用する見込みがないとき。
- ② 事業を休止し、再開する見込みがないとき。

# 労働保険確定保険料申告書の記入例

様式第6号（第24条、第25条、第33条関係）（甲）（1）

労働保険 概算・増加概算・**確定保険料** 申告書  
石綿健康被害救済法 一般拠出金

下記のとおり申告します。

継続事業  
（一括有期事業を含む。）

標準字体 **0123456789**  
第3片「記号に当たっての注意事項」をよく読んでから記入して下さい。  
OCR枠への記入は上記の「標準字体」でお願います。

提出用

令和6年4月15日

種別 **32700** 修正項目番号  入力微定コード

①労働保険番号 **XX101012567-891**

②増加年月日(元号:令和19) -- ③事業廃止等年月日(元号:令和19) **9-06-06** ④事業廃止等理由

④常時使用労働者数  ⑤雇用保険被保険者数

労働保険特別会計歳入徴収官殿

③「事業所廃止等年月日」  
・保険関係が消滅した日を記入してください。

④「常用使用労働者数」  
⑤「雇用保険被保険者数」  
・月平均の人数を記入してください。

確定保険料算定内訳	算定期間 令和3年4月1日から令和4年3月31日まで		
	⑧ 保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨ 保険料・一般拠出金率	⑩ 確定保険料・一般拠出金額 (⑧×⑨)
労働保険料	(イ) <input type="text"/>	(イ) 1000分の(イ) <b>18.50</b>	(イ) <input type="text"/> <b>1009635</b>
労災保険分	(ロ) <input type="text"/> <b>56765</b>	(ロ) 1000分の(ロ) <b>3.00</b>	(ロ) <input type="text"/> <b>170295</b>
雇用保険分	(ハ) <input type="text"/> <b>54151</b>	(ハ) 1000分の(ハ) <b>15.50</b>	(ハ) <input type="text"/> <b>839340</b>
一般拠出金 (注1)	(ニ) <input type="text"/> <b>56765</b>	(ニ) 1000分の(ニ) <b>0.02</b>	(ニ) <input type="text"/> <b>1135</b>

⑧「保険料算定基礎額」  
・年度当初（4月1日）から廃止等年月日までの期間に使用した労働者にかかる賃金総額(1,000円未満切り捨て)について記入してください。

概算・増加概算保険料算定内訳	算定期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率	⑭ 概算・増加概算保険料額 (⑫×⑬)
労働保険料	(イ) <input type="text"/>	(イ) 1000分の(イ)	(イ) <input type="text"/>
労災保険分	(ロ) <input type="text"/>	(ロ) 1000分の(ロ)	(ロ) <input type="text"/>
雇用保険分	(ハ) <input type="text"/>	(ハ) 1000分の(ハ)	(ハ) <input type="text"/>

⑭「申告済概算保険料額」  
・既に提出済の概算保険料申告書事業主控の⑭欄(ホ)を転記してください。

⑮事業主の郵便番号(変更のある場合記入)  ⑯事業主の電話番号(変更のある場合記入)

⑰ 延納の申請 納付回数

⑱後算有無区分  ⑲算定対象区分  ⑳入力微定コード  ㉑入力力区分  ㉒修正項目

⑳申告済概算保険料額	<b>529,083</b> 円	㉓申告済概算保険料額	<input type="text"/>
㉔差引額	(イ) 充当額 <input type="text"/> 円 (ロ) 還付額 <input type="text"/> 円	(イ) 不足額 <b>480,552</b> 円 (ロ) 不足額 <input type="text"/> 円	㉕増加概算保険料額 (㉓の(イ)-㉔の(イ)) <input type="text"/>

㉖全期又は第1期	㉗第2期	㉘第3期	㉙事業又は作業の種類 <b>卸売業・小売業</b>	㉚事業所所在地 <b>東京都千代田区霞が関1-X-X</b>	㉛事業主 <b>株式会社 雇用 太郎</b>
⑳労働保険	㉜労働保険	㉜雇用保険	㉜特種事業	㉜該当する	㉜該当しない

㉚「事業廃止等理由」  
・該当する理由に「O」を付けてください。

㉛「法人番号」  
・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。  
・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

# 雇用保険適用事業所廃止届の記入例

## 雇用保険適用事業所廃止届

1 「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」  
・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。

標準種別 14002	1. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。） 9999999999999999	※2. 本日の資格喪失・転出者数 0000	(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。)
3. 事業所番号 4900-345678-9	4. 設置年月日 4-251001 (3 昭和 4 平成) <small>元号 年 月 日</small>		
5. 廃止年月日 5-070331 (4 平成 5 令和) <small>元号 年 月 日</small>	6. 廃止区分 1	7. 統合先事業所の事業所番号 0000-0000-0000-0000	
8. 統合先事業所の設置年月日 00-000000 (3 昭和 4 平成) <small>元号 年 月 日</small>			
9. 事業所 所在地 名称	(フリガナ) トウキョウトハチオウジシコヤスマチ 東京都八王子市子安町〇-△-〇 (フリガナ) カブシキガイシャ...ヨウウホケン...ハチオウジシテン 株式会社 雇用保険 八王子支店		
10. 労働保険番号 49100345678000	府 県 所 管 管 轄 4 9 1 0 0 3 4 5 6 7 8 0 0 0	基 幹 番 号 3 4 5 6 7 8 0 0 0	枝 番 号 0 0 0
		11. 廃止理由 事業所の廃止	

上記のとおり届けます。

令和 7 年 4 月 4 日

八王子公共職業安定所長 殿

事業主

住 所 東京都千代田区霞が関〇-△-△  
 名 称 株式会社 雇用保険  
 氏 名 代表取締役 雇用 太郎  
 電話番号 03 -0000 -0000

※ 公共職業安定所記載欄	届書提出後、事業主が住所を変更する場合又は事業主に承継者等のある場合は、その者の住所・氏名	(フリガナ) 名 称 (フリガナ) 住 所 (フリガナ) 代表者氏名 電 話 番 号	
備 考	※ 所 次 課 係 操 長 長 長 長 作者		

労働保険事務組合記載欄

所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行番・事務代理者の氏名	氏 名	電話番号
--------------------	----------------------	-----	------

(この届出は、事業所を廃止した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。)

2021. 9

#### 4 労働保険料の申告・納付に係る事務をまとめて処理したいとき

労働保険では、1つの会社でも支店や営業所など個々に申告・納付を行っているところがありますが、一定の要件を満たす継続事業の場合には、これら個々の労働保険料の申告納付事務を指定した1つの事業所（指定事業）にまとめて処理することができます。

- ・ 提出書類……………**「労働保険継続事業一括申請書」（3枚1組）**
- ・ 提出期日……………申請をしようとする都度すみやかに
- ・ 提出先……………指定を受けることを希望する事業所（本店等）の所在地を管轄する労働基準監督署（一元適用事業）またはハローワーク（二元適用事業）
- ・ 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

**※ 注意** 継続事業の一括の取扱いが認められた場合でも、雇用保険の被保険者等の届出手続をする事業所の単位は変更されません。

##### 継続事業の一括認可基準

- ① 指定を受けることを希望する事業（指定事業）と指定事業に一括される事業（被一括事業）との事業主が同一であること。
- ② それぞれの事業が継続事業であること。
- ③ それぞれの事業が下記のいずれか1つのみに該当すること。
  - イ 二元適用事業であって、労災保険に係る保険関係が成立している事業
  - ロ 二元適用事業であって、雇用保険に係る保険関係が成立している事業
  - ハ 一元適用事業であって、労災保険及び雇用保険の両保険に係る保険関係が成立している事業
- ④ それぞれの事業が「労災保険率表」による「事業の種類」が同じであること。なお、上記③ロについても、「事業の種類」が同じであること。

# 労働保険継続事業一括申請書の記入例

様式第5号(第10条関係)

## 労働保険 継続事業一括認可・追加・取消申請書

提出用

種別 ※修正項目番号  
31640   

① 下記のとおり継続事業の一括に係る 新規・認可の取消  
認可の追加 } の申請をします。

指定を受けることを希望する事業又は既に指定を受けている事業

③ 労働 保険 番号	府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号		②申請年月日(元号:平成は7)
	4	6	1	0	1	0	9-00-07-12
	0	1	0	1	2	3	4
④所在地						郵便番号	⑤保険関係成立区分
鹿児島市山下町13-21						892-0816	<input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用
⑤名称						電話番号	⑦事業の種類 (労災保険率表による)
鹿児島物産株式会社						099-223-8276	小売業

③ 労働 保険 番号	府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号		※認可コード	※管轄(2)	⑨整理番号
	4	6	1	0	2	3			
	4	6	1	0	7	2	3	4	5
⑩所在地						郵便番号	⑪保険関係成立区分	⑫事業の種類 (労災保険率表による)	
薩摩川内市若葉町4-24						895-0063	<input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用	小売業	
⑬名称						電話番号			
鹿児島物産株式会社 薩摩川内支店						0996-22-8609			

③ 労働 保険 番号	府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号		※認可コード	※管轄(2)	⑨整理番号
	4	6	1	0	7	2			
	4	6	1	0	7	2	3	4	5
⑭所在地						郵便番号	⑮保険関係成立区分	⑯事業の種類 (労災保険率表による)	
奄美市名瀬長浜町1-1						894-0036	<input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用	小売業	
⑰名称						電話番号			
鹿児島物産株式会社 奄美支店						0997-52-4611			

③ 労働 保険 番号	府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号		※認可コード	※管轄(2)	⑨整理番号
⑰所在地						郵便番号	⑮保険関係成立区分	⑯事業の種類 (労災保険率表による)	
							<input type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用		
⑰名称						電話番号			

③ 労働 保険 番号	府県	所掌	管轄(1)	基幹番号	枝番号		※認可コード	※管轄(2)	⑨整理番号
⑰所在地						郵便番号	⑮保険関係成立区分	⑯事業の種類 (労災保険率表による)	
							<input type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用		
⑰名称						電話番号			

※認可・取消年月日(元号:平成は7)  
 元号 - 年 - 月 - 日 (項23)

※データ指示コード  
  (項24)

※修正項目  
                    

1. 新規申請  
 3. 追加の申請  
 4. 認可の取消

鹿児島 労働局長 殿

事業主

住所 鹿児島市山下町13-21  
 鹿児島物産株式会社 記名押印又は署名  
 氏名 代表取締役 鹿児島太郎  
 (法人のときはその名称及び代表者の氏名)

(23.3)

5 事業主が行うべき事務を工場長、支店長等に代理させるとき、またはその代理人を解任したとき

提出書類……「雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届」

- ① 一元適用事業は緑色で印刷された書類を使用します。
- ② 二元適用事業は茶色で印刷された書類を使用します。
- ③ 届出書類は5枚1組です。
- ④ この様式は、労働保険・一般拠出金代理人選任・解任届、労働者災害補償保険代理人選任・解任届と一括して記載できるようになっているので、届出書類を作成する必要のない届名は、横線を引き抹消してください。

提出期日……代理人の選任又は解任のあった都度速やかに

提出先……雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届は、事業所の所在地を管轄するハローワーク

労働保険・一般拠出金代理人選任・解任届は、一元適用事業または二元適用事業の労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署、二元適用事業の雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワーク

労働者災害補償保険代理人選任・解任届は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署

雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届の記入例

雇用保険被保険者関係届出事務等  
代理人選任・解任届 正

①労働保険番号	50	1	12	34	56	78	00	00	②雇用保険事業所番号	4900	-	123456	-	7							
事項	区分							選任代理人							解任代理人						
③職名	支店長							支店長													
④氏名	労働 小次郎							適用 優子													
⑤生年月日	昭和58年 6月 20日							昭和52年 10月 25日													
⑥代理事項	雇用保険被保険者関係に関する事務一切							雇用保険被保険者関係に関する事務一切													
⑦選任又は解任の年月日	令和6年 10月 21日							令和6年 10月 20日													
⑧選任又は解任に係る事業場	所在地							立川市緑町〇-△													
	名称							株式会社 雇用保険 立川支店													
雇用保険法施行規則第145条の規定により上記のとおり届けます。																					
令和6年 10月 21日																					
立川 公共職業安定所長 殿																					
住所 東京都千代田区霞が関〇-△-△																					
事業主 株式会社 雇用保険 代表取締役																					
氏名 雇用太郎 <small>(法人のときはその名称及び代表者の氏名)</small>																					

社務士 保記 労働	被保険者 被保険者 被保険者	氏名	電話番号

〔注 意〕

- 1 記載すべき事項のない欄には斜線を引き、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 ⑤欄には、事業主の行うべき労働保険に関する事務の全部について処理される場合には、その旨を、事業主の行うべき事務の一部について処理される場合には、その範囲を具体的に記載すること。
- 3 選任代理人の職名、氏名、代理事項に変更があったときは、その旨を届け出ること。
- 4 社会保険労務士記載欄は、この届書を社会保険労務士が作成した場合のみ記載すること。
- 5 この様式は、労働保険/一般拠出金代理人選任・解任届、労働者災害補償保険代理人選任・解任届及び雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届を一括して記載できるようになっているので、届書を作成する必要のない届名は、横線を引き抹消すること。



## 7 事業所関係の届出をしたときにお渡しするもの

### (1) 事業所設置届又は各種変更届を提出したとき

ハローワークから、以下の様式（A4版）に印字したものをお渡ししますので、大切に保管しておいてください。

なお、お渡しする書類に記載されている「労働保険番号」、「雇用保険適用事業所番号」とは以下のとおりです。

#### ① 労働保険番号（14桁）

労働保険番号は、適用事業ごとに定められる番号で、保険料の申告・納付など労働保険関係の届出書類の提出時に使用する14桁の番号です。

× × × × × × × × × × × × × × × ×

（府県）（所掌）（管轄） （基幹番号） （枝番号）

#### ② 雇用保険適用事業所番号

雇用保険適用事業所番号は、雇用保険の適用事業所ごとに定める番号で、適用事業所設置届を提出したときに付与されます。この番号は、以後事業主が行う雇用保険関係の届出書類の提出時に使用する11桁の番号です。

× × × × × - × × × × × × × - ×

（安定所番号） （安定所ごと一連番号）（チェックディジット）

雇用保険 適用事業所設置届 事業主控 事業主事業所各種変更届	
1. 法人番号 999999999999	2. 事業所番号 4900-123456-7
3. 管轄区分 1	
4. 変更年月日 	
5. 事業所の名称 株式会社 雇用保険 池袋支店	
6. 郵便番号 170-8409	
7. 事業所の所在地 豊島区東池袋3-5-13	
8. 事業所の電話番号 033878609	
9. 設置年月日 R060306	10. 設置区分 1 (1号)
11. 事業所区分 1 (1号)	12. 産業分類 57
13. 労働保険番号 50112345670000	
14 番	

2010. 2

## (2) 事業所廃止届を提出したとき

ハローワークから、以下の様式（A4版）に印字したものをお渡ししますので、大切に保管しておいてください。

### 雇用保険適用事業所廃止届事業主控

1. 法人番号

9999999999999

2. 事業所番号

XXXX-XXXXXX-X

3. 管轄区分

1

4. 事業所の名称

カブシカイシャ 雇用保険 八王子支店  
株式会社 雇用保険 八王子支店

5. 事業所の所在地

八王子市子安町○-△-○

6. 事業所の電話番号

00-0000-0000

7. 廃止年月日

R060731

8. 廃止区分

1

9. 統合先事業所の事業所番号

10. 統合先管轄区分

11. 備 考	
---------------	--

## ○ 適用事業所についての諸手続に関するQ & A

### Q 事業を開始した時の手続は？

このたび、従業員1名を雇って食品を製造する会社を設立することになりましたので、新規加入の手続を教えてください。

A 労働者を1人でも雇えば、労働保険（雇用保険＋労災保険）が適用されますが、貴社の場合は一元適用事業に該当するため、はじめに、事業開始の日の翌日から起算して10日以内に「労働保険関係成立届」を、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署に提出します。

上記の手続を行っていただいた後、受理印の押された労働保険関係成立届事業主控及び確認書類等を添えて、「雇用保険適用事業所設置届」と「雇用保険被保険者資格取得届」を、事業所の所在地を管轄するハローワークに提出することとなります。

また、労働保険料の申告・納付も別途必要となりますのでご注意ください。

（「労働保険関係成立届」の手続を行った後、または同時に手続を行います。）

### Q 事業所の名称・所在地を変更した時の手続は？

このたび、当社では社名を変更し、同時に住所も同じ県内の〇〇市から△△市へ移転することになりましたので、変更の手続を教えてください。

A 社名（事業所名）や事業所の所在地を変更したときは、変更のあった日の翌日から起算して10日以内に、「労働保険名称、所在地等変更届」を事業所の所在地を管轄する労働基準監督署又はハローワークに、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、事業所の所在地を管轄するハローワークに提出します（労働保険事務組合に手続を委託されている場合には、まず労働保険事務組合にご連絡ください）。

具体的には、

#### ○ 一元適用事業の場合……

はじめに移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ確認書類等を添えて「労働保険名称、所在地等変更届」を提出します。その後、移転後の所在地を管轄するハローワークへ確認書類等を添えて「雇用保険事業主事業所各種変更届」を提出してください。

#### ○ 二元適用事業の場合……

雇用保険については、移転後の所在地を管轄するハローワークへ「労働保険名称、所在地等変更届」、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、労災保険については、移転後の住所を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出してください。

### Q 事業所の設置（廃止）日を誤って届け出た場合は？

先日提出した書類のうち、事業所の設置日を間違えて届け出てしまいました。この場合の変更手続は可能なのでしょうか。

A 可能です。

訂正の方法については、手続を行ったハローワークへご相談ください。