

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（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。

(<https://hoken.hellowork.go.jp/assist/600000.do?screenId=600000&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……適用事業に該当（労働者を雇用する事業を開始）した日から10日以内。当該届の事業主控えについては、雇用保険適用事業所設置届をハローワークへ提出する際に必要となります。
- ・ 提出先……次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業所の場合は、労働基準監督署へ提出してください。
 - ② 二元適用事業所の場合は、雇用保険はハローワーク、労災保険は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。
- ・ 提出書類……「**労働保険概算保険料申告書（納付書）**」
- ・ 提出期日……適用となった日から50日以内
- ・ 提出先……次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業所の場合
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 二元適用事業所の場合
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、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う場合は、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**設置届と同時に作成し、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） <ul style="list-style-type: none">○ 氏名・生年月日・住所○ 雇入れ年月日○ 解雇又は退職の年月日及びその事由○ 従事する業務の種類 など | ● 賃金台帳（労働基準法第108条） <ul style="list-style-type: none">○ 賃金総額と各種控除額○ 基本給と諸手当の内訳○ 賃金計算期間○ 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 |

労働保険概算保険料申告書（一元適用事業）の記入例

（※保険料率については、改正予定の料率で算定しています。）

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。

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。

⑩「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

⑬「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。

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。

⑰「特掲事業」

- 雇用保険率が $\frac{9}{1000}$ の事業は(ロ)、 $\frac{11}{1000}$ 又は $\frac{12}{1000}$ の事業は(イ)を○で囲んでください。

「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。

⑳「法人番号」

- 事業主に法人番号が指定されている場合、指定された法人番号を記入してください。

様式第6号（第24条、第25条、第26条関係）（甲）（1）（表掲）
労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書
石川県労働保険徴収法 一般拠出金
平成31年4月1日～平成32年3月31日までの期間に適用する。

継続事業 1～前事業を告ぐ。 提出用
年 月 日
あて先 〒960-8514
熊本市西区春日2-10-1
熊本地方合同庁舎4階9号
熊本労働局 労働保険特別会計収入課収入係

① 労働保険番号 32700
② 保険料算定基礎額の見込額 4310123456-
③ 延納の申請 31 4 1 日 から 32 3 31 まで
④ 延納回数 12.5 580000
⑤ 保険関係成立年月日 50000 3.5 175000
⑥ 事業又は作業の種類 45000 0
⑦ 特掲事業 45000 9 405000
⑧ 労働保険番号 1234567890123
⑨ 納付額 ¥193334
⑩ 法人番号 862-0950
⑪ 事業主 熊本市中央区水前寺6-18-1
⑫ 代表取締役 大江一朗
⑬ 店 株 印 取 上 我

徴収済通知書（労働保険）（国庫金）
（記入例） ¥0123456789
熊本市労働局 00075630 無税徴収 労働保険 0847 6118 平成 31
4310123456-
31 1
862-0950
熊本市中央区水前寺6-18-1
（株）大江商店
あて先 〒960-8514
熊本市西区春日2-10-1
熊本地方合同庁舎4階9号
熊本労働局労働保険特別会計収入課収入係（印）

労働保険概算保険料申告書（二元適用事業）の記入例

(※保険料率については、改正予定の料率で算定しています。)

様式第6号 (第24号、第25号、第33号関係) (甲) (1) (1) (表) 労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書 継続事業 (一括有關事業を含む。)

提出用

32700

43301000001-000

熊本市西区春日2-10-2

熊本市地方合同庁舎入庫9階

熊本市労働局 労働保険特別会計課入庫収支課

31 4 1 31 3 31

12 232788

19399 0 19399 12 232788

1234567890123

77,596 77,596 77,596 77,596 77,596

事業又は作業の種類 工不建築工事業

260-8514 (076) 21-1701

熊本市西区春日2-10-2

(株) 雇用工務店

代表取締役 佐藤太郎

熊本市労働局 00075630

0847 6118 31

43301000001-

31 1

860-8514

熊本市西区春日2-10-2

(株) 雇用工務店

納付の場所 日本銀行(熊倉・工場・代理店又は代理人開設)、前払郵便局等労働局

熊本市労働局労働保険特別会計課入庫収支課 (提出用)

- ①「労働保険番号」
- ・「労働保険保険関係成立届」（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「労働保険保険関係成立届」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。

- ⑩「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

- ②③「保険関係成立年月日」
・「労働保険保険関係成立届」の⑥
欄の日を記入してください。

- ②「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。

- ⑦「特掲事業」
- ・雇用保険率が $\frac{9}{1000}$ の事業は
(ロ)、 $\frac{11}{1000}$ 又は $\frac{12}{1000}$ の事業は
(イ) を○で囲んでください。

- 「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。

- ⑪「法人番号」
・事業主に法人番号が指定されている場合、指定された法人番号を記入してください。

雇用保険適用事業所設置届の記入例

雇用保険適用事業所設置届 (必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 事業所番号

帳票種別 1. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)

12001 1234567890123

2. 事業所の名称 (カタカナ)

カフヘシキカヘイシヤ

事業所の名称 (カタカナ)

コヨウホケン カミシヤクシヘイシテン

3. 事業所の名称 (漢字)

株式会社

事業所の名称 (漢字)

雇用保険 上石神井支店

4. 郵便番号

177-0044

5. 事業所の所在地 (漢字) ※市・区・郡及び町村名

練馬区上石神井

事業所の所在地 (漢字) ※丁目・番地

4-8-4

事業所の所在地 (漢字) ※ビル、マンション名等

6. 事業所の電話番号 (項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。)

03-3920-3311

7. 設置年月日

4-3-10621 (昭和 4 平成)

8. 労働保険番号

50112345678000

※ 公共職業安定所 記載欄

9. 設置区分 (1 当然 (2 任意))

10. 事業所区分 (1 個別 (2 委託))

11. 産業分類

12. 台帳保存区分 (1 日雇労働者等のみの事業所 2 船舶所有者)

13. 住 所 (フリガナ) トウキョウト チヨダダ カスミガセキ
(法人のときは所在地) 東京都千代田区霞が関1-2-2

17. 常時使用労働者数 30 人

18. 雇用保険被保険者数 一般 30 人

19. 賃金支払関係 賃金締切日 20 日
賃金支払日 毎月 21 日

20. 雇用保険担当課名 管理課 庶務係

21. 社会保険加入状況 健康保険 厚生年金保険 労災保険

14. 事業の概要 (事業の場合は活動の中心となる事業を記入すること)

保険事業

15. 事業の開始年月日 平成 31 年 6 月 21 日

16. 廃止年月日 平成 年 月 日

備考

(この届出は、事業所を設置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。)

(13) 2016. 1

1「法人番号」

- 平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記入してください。(個人事業の場合は記入不要です。)

2「事業所の名称 (カタカナ)」

- 数字は使用せず、カタカナと「一」記号のみで記入してください。
- 記入欄に余裕がある場合は、読みやすいよう適宜区分して記入してください。
- 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。
例 テキョウ ショウテン センイン クニヒロ

3「事業所の名称 (漢字)」

- 漢字、カタカナ、ひらがな及び英数字により明らかに記入してください。

5「事業所の所在地 (漢字)」 1 行目

- 都道府県名は記入せず、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記入して下さい。

「事業所の所在地 (漢字)」 2 行目

- 丁目及び番地のみ左詰めで記入してください。

「事業所の所在地 (漢字)」 3 行目

- 所在地にビル又はマンション名等が入る場合は左詰めで記入してください。

7「設置年月日」

- 雇用保険の適用事業になった年月日を記入してください。(労働保険関係関係成立届の⑥欄「成立年月日(雇用)」と同じ。)

8「労働保険番号」

- 労働保険関係関係成立届を監督署へ提出する事業所は、事業主控えに記載された労働保険番号を記入してください。

- 裏面に事業主印(登録印)を押印し、事業所所在地の略図を記入してください。

22. 事業主印(登録印) 事業主(代理人)印 改印欄(事業所・事業主) 改印欄(事業所・事業主) 改印欄(事業所・事業主)

23. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

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 年 月 日

西武新宿線 上石神井

社会保険 労働保険 労災保険

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 10 日以内
- 提出先……次の①または②のとおり（変更後の事業所の所在地を管轄する労働基準監督署またはハローワーク）
 - ① 一元適用事業所は、労働基準監督署へ提出してください。
 - ② 二元適用事業所は、雇用保険はハローワークへ、労災保険は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 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……次の①～②
 - ① 「労働保険名称、所在地等変更届」事業主控
 - ② 登記事項証明書、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がハローワークへの各種届の提出の際に申し出てください。**

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）
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。

⑧「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

下記のとおり事業所に変更があったので届けます。

労働基準監督局長 殿
公共職業安定所長 殿

提出用

年 月 日

①事業主
氏名又は
所在地
〒860-8514
熊本市西区春日2-10-1
電話番号 096 211 1703

②事業
名称
住所
〒862-0971
熊本市中央区大江6-1-38
電話番号 096 371 8609

③事業
の種類
事業
の
種類
移転のため

④事業終了予定年月日（元号：平成は「」）
（年） - （月） - （日）

⑤事業開始の元請労働保険番号
（年） - （月） - （日）

⑥事業開始の元請労働保険番号
（年） - （月） - （日）

⑦事業主
住所 熊本市中央区大江6-1-38
株式会社 大江商店
氏名 代表取締役 大江一郎
（法人のときはその総務及び代表者の氏名）

（23.3）

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。)

※ 事業所番号

帳票種別 12003

※1. 変更区分

2. 変更年月日 4-310701

3. 事業所番号 4900-123456-7

4. 設置年月日 4-310621 (3 昭和 4 平成)

●下記の5～11欄については、変更がある事項のみ記載してください。

5. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。) 1234567890123

6. 事業所の名称 (カタカナ) カフシキカイシャ

事業所の名称 (続き (カタカナ)) コヨウホケン

7. 事業所の名称 (漢字) 株式会社

事業所の名称 (続き (漢字)) 雇用保険 立川支店

8. 郵便番号 190-8509

10. 事業所の電話番号 (項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。) 042-525-8609

9. 事業所の所在地 (漢字) 市・区・郡及び町名 立川市 錦町

事業所の所在地 (漢字) 丁目・番地 1-9-21

事業所の所在地 (漢字) ビル、マンション名等

11. 労働保険番号 50112345678000

※ 公共職業安定所 記載 欄

12. 設置区分 (1 当所 / 2 任意)

13. 事業所区分

14. 産業分類

変更事項	(フリガナ) トウキョウト チヨダク カスミガセキ 東京都千代田区霞が関1-2-2	18. 変更前の事業所の名称 (フリガナ) カブシキガイシャ コヨウホケン 株式会社 雇用保険	19. 変更前の事業所の所在地 (フリガナ) トウキョウトネリマクカミシヤジイ 東京都練馬区上石神井4-8-4
事業主 (フリガナ) 氏名 (代表取締役) 代表取締役 雇用太郎	20. 事業の開始年月日 平成 31年 6月 21日	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 30人 日雇 0人
16. 変更後の事業の概要 保険事業	22. 常時雇用労働者数 30人	26. 賞金給付日 賞金支給日 25日	
17. 変更の理由 事業所の移転及び社名変更	23. 雇用保険担当課名 管理課 庶務係		
備考	※ 所長 次長 課長 係長 係 操作者		

(この欄は、変更があった日の翌日から起算して10日以内に提出してください。)

(15) 2016.1

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」

・平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記入してください。(個人事業の場合は記入不要です。)

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下さい。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。

15～19

・変更があった事項について記入してください。事業内容が変更になった場合は、15欄に変更後の事業内容を具体的に記入してください。

27「登録印」28「最寄りの駅又は…」

・変更がなくても押印及び記入して下さい。
・事業主欄についても、忘れずに記入のうえ、押印してください。

※ 裏面も忘れずに記入してください

27 事業所印 事業主(代理人)印 改印欄(事業所・事業主) 改印欄(事業所・事業主) 改印欄(事業所・事業主)

28. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

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

委託終了 年 月 日

上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

住所 事業主 名称 氏名 電話番号

社会保険 代表者氏名 住所 事業主 名称 氏名 電話番号

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 50 日以内
- 提出先……次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業所は、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 二元適用事業所は、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 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、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」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

(※保険料率については、改正予定の料率で算定しています。)

- 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。

- ⑤「雇用保険被保険者数」、⑥「免除対象高年齢労働者数」
・月平均被保険者数を記入してください(端数切捨て(但し0人になる場合は1人))。

- 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支払賃金総額(1,000円未満切り捨て)について記入してください。

- ⑩「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。

様式第6号(第14条、第15条、第33条関係)(甲)「1」(表裏)
労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書
右欄記載事項を添付して提出してください。

継続事業
(一基有期事業を含む。)

提出用

年 月 日

あて先 〒860-8514
熊本市西区春日2-10-1
熊本地方合同庁舎A棟9階
熊本労働局
労働保険特別会計課入数収支課

32700

43101012345-

7-31-10-31

12 10 0

算定期間 平成31年4月1日から平成31年10月31日まで

区分	保険料・一般拠出金算定基礎額	保険料・免除率	確定保険料・一般拠出金額(円×%)
① 労働保険料	40450	5.5	582475
② 労災保険分	40000	9	222475
③ 雇用保険分	40000	9	360000
④ 一般拠出金	42450	0.02	849

概算・増加概算保険料算定内訳

区分	算定期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	労働保険料算定基礎額の算定額	労働保険料率	概算・増加概算保険料額(円×%)
① 労働保険料				
② 労災保険分				
③ 雇用保険分				
④ 一般拠出金				

⑤ 申告済概算保険料額 850,000

⑥ 概算・増加概算保険料額 849

⑦ 確定保険料額 266676

⑧ 事業又は作業の種類 ビルメンテナンス業

⑨ 事業所番号 862-0971 (096)211-1702

⑩ 所在地 熊本市西区春日2-10-1

⑪ 名称 熊本労働ビル

⑫ 代表者 労働 太郎

⑬ 代表者印 代表者印

- ⑭「事業廃止等理由」
・該当する理由に「○」を付けてください。

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															標準 字体									
帳票種別															※2. 本日の資格喪失・転出者数									
1. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）															（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。）									
2. 事業所番号															3. 設置年月日									
4. 廃止年月日															4. 設置年月日									
5. 廃止区分															5. 廃止年月日									
6. 統合先事業所の事業所番号															6. 廃止区分									
7. 統合先事業所の設置年月日															7. 統合先事業所の事業所番号									
8. 統合先事業所の設置年月日															8. 統合先事業所の設置年月日									
9. 事業所															9. 事業所									
10. 労働保険番号															10. 労働保険番号									
11. 廃止理由															11. 廃止理由									
上記のとおり届けます。															上記のとおり届けます。									
平成 32 年 1 月 5 日															平成 32 年 1 月 5 日									
池袋 公共職業安定所長 殿															池袋 公共職業安定所長 殿									
事業主															事業主									
住所															住所									
名称															名称									
氏名															氏名									
電話番号															電話番号									
※ 公共職業安定所記載欄															※ 公共職業安定所記載欄									
備考															備考									
労働保険事務組合記載欄															労働保険事務組合記載欄									
所在地															所在地									
名称															名称									
代表者氏名															代表者氏名									
印															印									
（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。）															（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。）									

4 労働保険料の申告・納付に関係の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きをする事業所の単位は変更されません。

継続事業の一括承認基準

- 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。
- ⑤ 指定事業において、被一括事業の使用労働者数及び労働者に支払われる賃金等の明細の把握ができていること。
- ⑥ 労働保険事務を円滑に処理する事務能力を有していること。
- ⑦ それぞれの事業について、保険料の申告・納付が適正に行われていること。

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 申請項目番号 ①下記のとおり継続事業の一括に係る { 新規・認可の取消 } の申請をします。
31640

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

①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)	③保険関係成立区分	④事業の種類 (労災保険率による)
431010000001-000						7-31-7-1	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	小売業
④所在地	熊本市西区春日2-10-1					郵便番号	860-8514	電話番号
⑤名称	株式会社 雇用商会					096-211-1703		

申請書の指定事業に一括され又は一括を取消される事業

①労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄 (1)	基 幹 番 号	枝 番 号	承認コード	申請番号 (2)	③整理番号
431060000011-000								0001
④所在地	菊池市限府771-1					郵便番号	861-1331	⑤事業の種類 (労災保険率による)
⑤名称	株式会社 雇用商会 菊池支店					0968-24-8609		

①労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄 (1)	基 幹 番 号	枝 番 号	承認コード	申請番号 (2)	③整理番号
④所在地						郵便番号		⑤事業の種類 (労災保険率による)
⑤名称								

①労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄 (1)	基 幹 番 号	枝 番 号	承認コード	申請番号 (2)	③整理番号
④所在地						郵便番号		⑤事業の種類 (労災保険率による)
⑤名称								

①労働保険番号	府 県	所 掌	管 轄 (1)	基 幹 番 号	枝 番 号	承認コード	申請番号 (2)	③整理番号
④所在地						郵便番号		⑤事業の種類 (労災保険率による)
⑤名称								

承認・取消年月日 (元号：平成は7) 元号 年 月 日

申請項目

※データ指示コード

1. 新規申請
3. 追加の申請
4. 認可の取消

熊本 労働局長 殿

事業主

住所 熊本市西区春日2-10-1

株式会社 雇用商会

氏名 代表取締役 雇用太郎

(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

(20.1)

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へ、「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へ。

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 副									
1. 労働保険番号	府県	所轄	基幹番号	支店番号	2. 雇用保険事業所番号				
49112345678000					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		60年 9月 20日				52年 10月 25日			
6. 代理事項		雇用保険被保険者関係届出に関する事務一切				雇用保険被保険者関係届出に関する事務一切			
7. 選任又は解任の年月日		平成 31年 8月 1日				平成 31年 7月 31日			
8. 選任代理人が使用する印		(印)		9. 選任又は解任に係る事業場	所在地	立川市錦町1-9-21			
				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。									
平成 31年 8月 5日									
立川公共職業安定所長 殿									
事業主									
住所 東京都千代田区霞が関1-2-2									
氏名 株式会社 雇用保険 代表取締役 雇用保険 立川支店									
(法人のときはその名称及び代表者の氏名)									
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		印	
【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 6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、代理事項又は印鑑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。									

2011. 1

6 新たな施設が適用事業所にあたらなとき

雇用保険に関する事務処理は、原則は事業所ごとに行うこととなっていますが、労働者が役務を提供する場所又は施設（支店、営業所、出張所等）が、次の要件にすべて該当し、独立した事業所と認められないときは、下記の書類を提出して非該当承認を受ければ、直近上位の主たる事業所（本社、支社等）で、一括して雇用保険関係被保険者に関する一切の手続きを行うことができます。

- 提出書類……「雇用保険事業所非該当承認申請書」（4枚1組）
- 提出期日……申請しようとする都度速やかに
- 提出先……非該当承認対象施設の所在地を管轄するハローワーク

※ 原則として、継続事業の一括が認可されている施設については、事業所非該当の対象にはなりません。

事業所非該当承認基準

- 人事、経理、経営（又は業務）上の指揮監督、賃金の計算、支払等に独立性がないこと。
- 健康保険、労災保険等の社会保険についても主たる事業所で一括処理されていること。
- 労働者名簿、賃金台帳等が主たる事業所に備付られていること。

雇用保険事業所非該当承認申請書の記入例

雇用保険 事業所非該当承認申請書（安定所用）

1. 事業所非該当承認対象施設

①名称	株式会社雇用保険 熊本支店	⑦労働保険料の徴収の取扱い	労働保険の保険料の徴収等に関する法律施行規則上の事業場とされているか 有・無 ☒ 有
②所在地	〒860-8514 熊本市西区春日 2-10-1 電話 (096) 211-1703	⑧労働保険番号	府県 西 市町村 春日 支番号 —
③施設の設置年月日	平成 31 年 4 月 1 日	⑨社会保険の取扱い	健康保険法及び厚生年金保険の事業所とされているか 有・無 ☒ 有
④事業の種類	保険事業	⑩各種帳簿の備付状況	労働者名簿・賃金台帳・出勤簿
⑤従業員数 (うち被保険者数)	2 3	⑪管轄公共職業安定所	熊本 公共職業安定所
⑥事業所番号	—	⑫雇用保険事務処理能力の有無	有・無 ☒ 有
⑬申請理由	当該施設は営業本部であり、人事・経理上の独立性がないため。		

2. 事業所

⑭事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0	⑮従業員数 (うち被保険者数)	120 / 20
⑯名称	株式会社雇用保険	⑯適用年月日	平成 20 年 4 月 1 日
⑰所在地	〒400-0831 甲府市住吉 1-17-5 電話 (055) 232-6060	⑱管轄公共職業安定所	甲府 公共職業安定所
⑲事業の種類	保険事業	⑲備考	

上記1の施設は、一の事業所として認められませんでしたので承認されたく申請します。
平成 31 年 4 月 10 日
熊本公共職業安定所長殿

事業主（又は代理人）	住所	氏名	職名
（注）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入する。	甲府市住吉 1-17-5	株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎	代表取締役

※公共職業安定所記載欄		上記申請について協議してよろしいか。		年	月	日	所長	次長	課長	係長	係		
調査結果	・場所的・独立性 ・経営的・独立性 ・施設としての持続性	有・無 有・無 有・無	・事務処理能力 ・その他	有・無									
協議先	主管課	安定所	協議年月日	年	月	日							
下記のとおり決定してよろしいか。		年	月	日	所長	次長	課長	係長	係				
協議結果	承認	通	否										
備考		決定年月日	年	月	日	事業主通知年月日	年	月	日	主管課報告年月日	年	月	日
		関係公共職業安定所連絡年月日	年	月	日								

⑦⑨⑩⑫欄

・該当するものを○で囲んでください。

「2. 事業所」

・上記1の施設に係る事務を行う事業所について記入してください。

⑩「従業員数」

・⑤欄の人数は含めないでください。

⑲「適用年月日」

・雇用保険の適用事業となった年月日を記入してください。

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、適用事業場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 事業所各種変更届 事業主控	
1. 事業所番号 4900-123456-7	2. 管轄区分 1
3. 変更年月日 	
4. 事業所の名称 株式会社 雇用保険 上石神井支店	
5. 郵便番号 177-0044	
6. 事業所の所在地 練馬区上石神井4-8-4	
7. 事業所の電話番号 0339203311	
8. 設置年月日 270621	9. 設置区分 1 (1: 新規)
10. 事業所区分 1 (1: 新規)	11. 産業分類 67
12. 労働保険番号 50112345678000	
13. 備 考	

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（A 4 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. 事業所番号
4900-123456-7

2. 管轄区分
1

3. 事業所の名称
あぶしきあしきこころみしやあしき
株式会社 雇用保険 上石神井支店

4. 事業所の所在地
練馬区上石神井4-8-4

5. 事業所の電話番号
03

6. 廃止年月日
271231

7. 廃止区分
4

8. 統合先事業所の事業所番号
4900-987654-3

9. 統合先管轄区分
1

10
備考

2010. 2

○ 適用事業所についての諸手続きに関する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、新規加入の手続きを教えてください。

A 労働者を1人でも雇えば、法律上、当然に労働保険（雇用保険＋労災保険）が適用されます。貴社の場合は一元適用事業に該当するため、はじめに、事業開始の日から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。

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〇〇市へ移転することになりましたので、変更の手続きを教えてください。

A 社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10日以内に、「労働保険名称、所在地等変更届」を管轄の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き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「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、労働保険名称所在地等変更届の控え及び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……

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き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、手続きを行ったハローワークへご相談ください。