

第5章 被保険者についての諸手続

雇用保険の適用事業所に雇用される労働者は、正社員、準社員、パート・アルバイト等の呼称にかかわらず、原則として、被保険者となります。

これらの労働者は、原則として、その適用事業所に雇用される日から被保険者資格を取得し、離職等となった日の翌日から被保険者資格を喪失します。

これら被保険者に関する手続は、すべて適用事業所の所在地を管轄するハローワークで行っています。

1 被保険者となる労働者を新たに雇用したとき

- ・ 提出書類…… **「雇用保険被保険者資格取得届」**または**「雇用保険被保険者資格取得届（連記式）」**（新規に同一日で被保険者番号を複数取得し、かつ一定規模の被保険者資格を取得する場合）
- ・ 提出期限…… **雇用した日の属する月の翌月 10 日まで**
- ・ 提出先…… 事業所の所在地を管轄するハローワーク

平成 22 年 4 月 1 日以降に雇用保険に適用されることとなった方の被保険者資格取得届については、提出期間内の提出であって、以下のいずれかに該当する場合を除き、**添付書類の提出は不要**となりました。

- ① 事業主として初めての被保険者資格取得届を行う場合。
- ② 被保険者資格取得届の提出期限（上記参照）を過ぎて提出される場合。
- ③ 過去 3 年間に事業主の届出に起因する不正受給があった場合。
- ④ 労働保険料を滞納している場合。
- ⑤ 著しい不整合がある届出の場合。
- ⑥ 雇用保険法その他労働関係法令に係る著しい違反があった事業主による届出の場合。

※ ①～⑥に該当する場合には、賃金台帳、労働者名簿、出勤簿（タイムカード等）、その他社会保険の資格取得関係書類等その労働者を雇用したこと及びその年月日が明らかなもの、有期契約労働者である場合には、書面により労働条件を確認できる就業規則、雇用契約書等の添付が必要です。

※ **株式会社等の取締役等であって従業員としての身分を有する者、事業主と同居している親族、在宅勤務者**についての届出である場合には、**雇用関係を確認するための書類の提出が必要です**。

※ 社会保険労務士、労働保険事務組合を通じて提出される場合には、次のいずれかに該当する場合のみ、添付書類が必要となります。

- ① 届出期限を著しく（原則として 6 か月）徒過した場合
- ② ハローワークにおいて、届出内容を確認する必要がある場合

雇用保険被保険者資格取得届の記入例

1「個人番号」

- 必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記入してください。（何らかの事情で個人番号が記入できない場合は、空欄で提出してください。）

2「被保険者番号」

- 被保険者証に記載されている番号を記入してください。（「0」も省略しない。）
- 昭和56年7月6日以前に交付されている被保険者証の場合は下段10桁のみ記入してください。
- まだ被保険者証の交付を受けていない場合は記入しないでください。
- 番号不明の場合は番号検索が必要となるため、職歴を確認してください。

4「被保険者氏名」

- 被保険者証の交付を受けている場合は被保険者証に記載されているとおり記入してください。
- カタカナで姓と名の間を1枠空けて記入してください。

5「変更後の氏名」

- 被保険者証の氏名と現在の氏名とが異なっている場合に記入してください。
- カタカナで姓と名の間を1枠空けて記入してください。
- この欄に氏名を記入した場合は改めて氏名変更届を提出する必要はありません。

7「生年月日」

- 7つの枠すべて記入してください。（年月日が1桁の場合はそれぞれ0を付加して2桁で記入してください。）

10「賃金」

- 賃金月額、賞与その他臨時の賃金を除いた採用時に定められた賃金のうち、毎月きまって支払われるべき賃金の月額（支払総額）を千円単位（千円未満四捨五入）で記入してください。

13「職種」

162 ページを参照のうえ記入してください。

様式第2号

雇用保険被保険者資格

帳票種別 14101	1. 個人番号 1234567
2. 被保険者番号 4900-102030-4	
4. 被保険者氏名 適用 優子	フリガナ（カタカナ） テキヨウ ユウ
5. 変更後の氏名	フリガナ（カタカナ）
6. 性別 2 (1 男 2 女)	7. 生年月日 3-521025 (2 大正 3 昭和 4 平成)
9. 被保険者となったこと の原因 2	10. 賃金（支払の態様—賃金月額：単位） 1-300 (1 月給 2 週 4 時間給 5)
12. 雇用形態 7 (1 日雇 2 派遣 3 パートタイム 4 有期契約 5 季節的雇用 6 船員 7 その他)	13. 職種 (01~11 第2面 参照)
16. 契約期間の 定め 2	1 有 契約期間 平成 年 月 日 契約更新条項の有無 (1 有 2 無)
事業所名 [株式会社雇用保険 上石神井支店]	
17. 被保険者氏名（ローマ字）（アルファベット大文字で記入し） 被保険者氏名 [続き（ローマ字）]	
18. 国籍	
20. 在留 期間 西暦 年 月 日 まで	
21. 資格外活動 許可の有無	
※ 公共 職業 安定 所 欄	23. 取得時被保険者種類 1 一般 2 短期常態 3 季節 11 高齢被保険者（65歳以上）
24. 番号複数取得チェック チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合に「1」を記入。	

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届

住 所 東京都千代田区霞が関1-2-2

事業主 氏 名 株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎

電話番号 03 -5253 -1111

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行番・事務代理者の表示	氏 名	電話 番
		印	

※ 所 長	次 長	課 長	係 長	係
----------	--------	--------	--------	---

格取得届

標準
字体

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

89012

3. 取得区分

2 (1 新規)
(2 再取得)

コ

事業所番号

4900-987654-3

単位千円)

週給 3 日給
5 その他

11. 資格取得年月日

4-310721
元号 年 月 日

14. 就職経路
(1) 安定所紹介
(2) 自己就職
(3) 民間紹介
(4) 把握していない

15. 1 週間の所定労働時間
4000
時間 分

から 平成 まで
日 年 月 日

備考

では、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。
してください。)

19. 在留資格

籍・地域

22. 派遣・請負
就労区分

25. 国籍・地域コード
26. 在留資格コード

届けます

印
記名押印又は署名

平成 31 年 8 月 6 日

池袋 公共職業安定所長 殿

※
備考
確認通知 平成 年 月 日

番号

操作者

3「取得区分」

- ・被保険者証の交付を受けていない者と被保険者でなくなった最後の日から7年以上経過している者は「新規」。
- ・被保険者証の交付を受けている者は「再取得」。

8「事業所番号」

- ・「0」も省略せず、11の枠すべて記入してください。

11「資格取得年月日」

- ・原則として雇い入れた日(雇用関係に入った最初の日)を記入してください。
- ・試用期間中、研修期間中等の労働者も被保険者となりますので、試用期間、研修期間等として就労した最初の日を記入してください。

12「雇用形態」

- ・登録型派遣の場合は「2」、短時間労働者(週の所定労働時間が30時間未満の者)に該当する場合は「3」、有期契約労働者(登録型派遣及びパートタイムを除く)に該当する場合は「4」、船員は「6」と記入してください。
- ・なお、常用型派遣の場合は「7」(その他)と記入してください。

15「1 週間の所定労働時間」

- ・被保険者の種類を問わず記入してください。

17欄～22欄

- ・「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く外国人労働者を雇用する場合、「備考欄」に記入することによって、外国人雇用状況の届出をすることができます。
- ・被保険者になるか否かの判断については、28、29 ページ参照。
- ・17欄は、在留カードに記載されているローマ字氏名を記入してください。(ローマ字以外の場合〔漢字など〕は空欄としてください。)

雇用保険被保険者資格取得（連記式）の記入例

雇用保険被保険者資格取得届(連記式)個人別票

標準
字種 0123456789

(必ず裏面の注意事項を読んでから記載してください。)

係属種別		1. 事業所番号			
13162		4900-000111-0			
被保険者氏名		2. 個人番号		5. 生年月日(元月 次大3 昭和4年改)	
通用 良太		123456789012		4-020909	
3. 被保険者氏名(カタカナ)		4. 性別		6. 就労状況	
テキョウ リョウタ		1 男		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない	
7. 被保険者氏名(ローマ字)(アルファベット大文字で記入してください。)		8. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)		9. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)	
		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他	
10. 被保険者氏名(続き(ローマ字))		11. 資格外 活動許可 の有無		12. 資格外 活動許可 の有無	
		1 有 2 無		1 有 2 無	
13. 国籍・地域		14. 在留資格		15. 在留 期間	
					
16. 派遣・請負契約区分		17. 国籍・地域コード		18. 在留資格コード	
1 派遣・請負契約区分として登録する事業所 2 派遣・請負契約区分として登録しない事業所		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない	
19. 被保険者氏名(カタカナ)		20. 性別		21. 就労状況	
給付 次郎		1 男		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない	
22. 被保険者氏名(ローマ字)(アルファベット大文字で記入してください。)		23. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)		24. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)	
		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他	
25. 被保険者氏名(続き(ローマ字))		26. 資格外 活動許可 の有無		27. 資格外 活動許可 の有無	
		1 有 2 無		1 有 2 無	
28. 国籍・地域		29. 在留資格		30. 在留 期間	
					
31. 派遣・請負契約区分		32. 国籍・地域コード		33. 在留資格コード	
1 派遣・請負契約区分として登録する事業所 2 派遣・請負契約区分として登録しない事業所		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない	
34. 被保険者氏名		35. 個人番号		36. 生年月日(元月 次大3 昭和4年改)	
安定 美智子		123456789014		3-3502713	
37. 被保険者氏名(カタカナ)		38. 性別		39. 就労状況	
アンテイ ミチコ		2 女		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない	
40. 被保険者氏名(ローマ字)(アルファベット大文字で記入してください。)		41. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)		42. 賞金(支払の総額=賞金月額×単位円)	
		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他		1 月給 2 臨時 3 臨時 4 臨時 5 その他	
43. 被保険者氏名(続き(ローマ字))		44. 資格外 活動許可 の有無		45. 資格外 活動許可 の有無	
		1 有 2 無		1 有 2 無	
46. 国籍・地域		47. 在留資格		48. 在留 期間	
					
49. 派遣・請負契約区分		50. 国籍・地域コード		51. 在留資格コード	
1 派遣・請負契約区分として登録する事業所 2 派遣・請負契約区分として登録しない事業所		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業していない		1 完全無職分 2 自己就労 3 継続就労 4 就業っていない	

(3) 2016. 1

2 離職等により被保険者でなくなったとき

(1) 離職票の交付を希望しないとき

- ・ 提出書類……「**雇用保険被保険者資格喪失届**」
- ・ 提出期日……被保険者でなくなった日の翌日から 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
- ・ 持参するもの……労働者名簿、賃金台帳、出勤簿（タイムカード）、雇用契約書など

(2) 離職票の交付を希望するとき（※59 歳以上の離職者は本人が希望するしないにかかわらず必ず離職票の交付が必要です。）

- ・ 提出書類……「**雇用保険被保険者資格喪失届**」
「**雇用保険被保険者離職証明書**」（3 枚 1 組）
- ・ 提出期日……被保険者でなくなった日の翌日から 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
- ・ 持参するもの……労働者名簿、出勤簿（タイムカード）、賃金台帳、辞令及び他の社会保険の届出（控）、離職理由の確認できる書類（就業規則、役員会議事録など）。

離職票の交付に係る注意！

事業主の皆様からの届出が遅れたり、怠ったりした場合には、そのまま離職された方への離職票の交付が遅れることとなるため、離職者本人が雇用保険を受給するにあたり、極めて不利益な状況が生じることとなります。

必ず期限内での届出をお願いします。

「資格喪失届」は以下のような場合でも提出してください。

- ① 被保険者資格の要件を満たさなくなったとき。
- ② 被保険者が法人の役員に就任したとき。（ただし、ハローワークにおいて兼務役員として認められた場合を除く。）
- ③ 被保険者として取り扱われた兼務役員が、従業員としての身分を失ったとき。
- ④ 他の事業所へ出向したとき。
- ⑤ 被保険者が死亡したとき。

「雇用保険被保険者資格喪失届」の「5. 喪失原因」欄の記入について

☆喪失原因『1』（離職以外の理由）に該当するもの

具 体 的 事 情	備 考
在籍出向（出向元事業所との雇用関係が継続し、退職金等の支払いがない場合）	
死 亡	
国・地方公共団体等の退職金条例該当となった場合	
同一の事業主の下で船員と陸上勤務者との間の異動	
出向元への復帰	

☆喪失原因『2』（『3』以外の離職）に該当するもの

具 体 的 事 情	備 考
任意退職（事業主の勧奨等によるものを除きます。）	
被保険者とならない取締役・役員になった場合	登記事項証明書、役員会の議事録等提示して下さい。
60歳以上の定年による定年退職	就業規則を提示してください。
休職期間満了	
懲戒解雇	雇用契約書（雇入通知書）を提示してください。
契約期間満了 ● 3年以上雇用、契約が1回以上更新された方が、契約更新を希望しない旨の申出があった場合以外で、事業主都合で更新されなかった場合は、『3』になります。	
1週間の所定労働時間が20時間未満となったことにより被保険者資格を喪失した場合	
移籍出向（出向元事業所との雇用関係が終了し、退職金などの支払いがある場合）	
制 定 年 後 の 導 入 の 継 続 雇 用 継続雇用を希望しない場合	就業規則・労使協定書・雇用契約書を提示してください。
継続雇用後、契約期間の満了を期に契約更新せずに離職した場合（定年後の契約期間が3年以上、契約が1回以上更新された場合で事業主から更新を行わなかった場合は『3』）	
継続雇用制度の終了年齢に到達したことによる離職	
継続雇用を希望したが、継続雇用制度の対象者に係る基準に合致せず定年時に離職した場合	
就業規則に定める解雇事由又は退職事由に該当したため定年時に離職した場合	
その他喪失原因『1』『3』のいずれにも該当しないもの	

☆喪失原因『3』（事業主の都合による退職）に該当するもの

具 体 的 事 情	備 考
事業主の都合による解雇（事業休廃止、人員整理等）	解雇予告後、解雇予定日前に本人申出により離職した場合も含みます。
事業主の勧奨による任意退職（実質的に事業主の都合による解雇と解されるもの）	
人員整理等による希望退職者募集への応募で制度の導入時期が離職前1年以内で希望退職の募集期間が3か月以内のもの	希望退職要綱等、内容がわかるものを提示してください。
60歳未満の定年による定年退職等	船員であった方を除く
事業主が高年齢者雇用確保措置を実施しなかった場合	船員であった方を除く

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）の記入例

離職証明書は、受給資格、給付金額、給付日数の決定の基礎となる重要なものですので、誤った届出がされることのないよう記入していただき、内容については必ず離職者の確認をとってください。

特に、⑦欄に記入した離職の理由は、退職する日までに、離職者本人に見せ、⑩欄（離職者の判断）の該当する事項に○を記入の上、記名押印又は自筆による署名をしていただくようにしてください。

なお、記入の方法については離職証明書の用紙とともにハローワークで資料を配布していますのでご確認ください。

[注意事項]

2枚目には離職者の確認等が必要な箇所が**2箇所**ありますので、注意してください。

①「被保険者番号」、②「事業所番号」

・資格取得等確認通知書から正確に転記してください。

⑨「⑧の期間における賃金支払基礎日数」

・⑧の期間に賃金支払いの基礎となった日数を記入してください。
（有給休暇も算入し、半日でも1日として計上します。）

⑧「被保険者期間算定対象期間」

㉔ 一般被保険者等・・・一般被保険者又は

高年齢被保険者

ア 「離職日の翌日」欄には、④欄の翌日を記入してください。

イ 左側の月日欄には、離職日の属する月から遡った各月における「離職日の翌日」に相当する日を記入してください。もし、応答日がない場合は、その月の末日を記入してください。

ウ 右側の月日欄には、離職日に相当する日を記入してください。もし応答日がない場合は、その月の末日又は末日の前日を記入してください。

エ 離職日以前2年間（高年齢継続被保険者の場合は1年間）について（24段まで）記入しますが、完全月で⑨欄の日数が11日以上、⑩欄の12段以上（高年齢継続被保険者の場合は6段以上）あればそれ以前の期間は省略できます。

また、疾病、傷病等で30日以上賃金の支払を受けることができなかった場合は、最大離職日以前4年の期間を記入できる場合があります。

なお、一葉に書ききれない場合は、「続紙」として別葉に記入してください。

㉕ 短期雇用特例被保険者

離職した月から順次さかのぼって暦月を記入してください。

様式第5号

雇用保険被保険者離職証明書

① 被保険者番号	4 9 0 0 - 1 0 2 0 3 0 - 4	フリガナ
② 事業所番号	4 9 0 0 - 9 8 7 6 5 4 - 3	離職者氏名
⑤ 名称	株式会社 雇用保険 上石神井支店	
事業所所在地	練馬区上石神井4-8-4	
電話番号	03-3920-3311	
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。		
住所	東京都千代田区霞が関1-2-2	
事業主	氏名 株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎	
離職の日以後		
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑩の期間における賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間
④ 一般被保険者等	⑤ 短期雇用特例被保険者	
離職日の翌日	10月18日	
9月18日～離職日	離職月 20日	10月1日～離職
8月18日～9月17日	月 19日	9月1日～9月30
7月18日～8月17日	月 20日	8月1日～8月31
6月18日～7月17日	月 19日	7月1日～7月31
5月18日～6月17日	月 21日	6月1日～6月30
4月18日～5月17日	月 18日	5月1日～5月31
3月18日～4月17日	月 10日	4月1日～4月30
2月18日～3月17日	月 20日	月 日～月
1月18日～2月17日	月 21日	月 日～月
12月18日～1月17日	月 18日	月 日～月
11月18日～12月17日	月 19日	月 日～月
10月18日～11月17日	月 21日	月 日～月
9月18日～10月17日	月 19日	月 日～月
⑭ 賃金に関する特記事項		
※公共職業安定所記載欄	⑮欄の記載	有・無
	⑯欄の記載	有・無
	資・聴	有・無

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日 提出代行各 事務代理者の表示	氏 名	職 名

⑩「賃金支払対象期間」

- ・賃金締切日の翌日から賃金締切日まで記入してください。
 - ・離職日以前2年間を記入します。ただし、完全月（例1月21日～2月20日）で⑪欄の基礎日数11日以上が、6段以上記入があればそれ以前は省略できます。
- なお、労働者が船員の場合で、乗船・下船時等で大きく変動する賃金が定められている場合は、完全月で⑪欄の基礎日数11日以上が12段必要な場合があります。

離職証明書（安定所提出用）

姓	テキヨウ	ユウコ	年	平成	31	月	10	日	17
名	適用 優子		年	月	日				
⑤ 離職者の 住所又は居所			〒359-0042 埼玉県所沢市並木6-1-3						
電話番号（			04）2992-8609						
※離職票交付 (交付番号)			年		月	日	離受 職領 票印		
前 の 賃 金 支 払 状 況 等									
日	⑪ 基礎日数	⑫ 賃金額	⑬ 備考						
日	12日	125,000	0						
日	18日	205,000	0						
日	20日	220,000	0						
日	19日	213,500	0						
日	20日	218,700	0						
日	22日	229,420	0						
日	19日	204,200	0						
日									
日									
日									
日									
日									
日									
⑭ この証明書の記載内容（⑫欄を除く）は相違ないと認めます。（記名押印又は自筆による署名）									
[離職者氏名] 適用 優子 ⑮									

⑨、⑪、⑫欄の記載について

- ・「基礎日数」とは、⑨欄の場合は⑧欄の、⑪欄の場合は⑩欄の期間において賃金支払の対象となった日数のことです。

日数の数え方は賃金形態によって異なります。

- ① 1日や1時間あたりの単価が決まっていて、就労した日数や時間に応じて賃金が支払われる、いわゆる「日給制」や「時間給制」の場合、賃金額は⑧欄に記入します。



各期間の出勤日数（有給休暇も含みます）を記載します

- ② 1か月の賃金が決まっていて、欠勤しても減額が行われない、いわゆる「完全月給制」の場合、賃金額は④欄に記入します。



各期間の暦日数（30、31等）を記載します

- ③ 1か月の賃金が決まっていて、欠勤すると欠勤数に応じて減額が行われる等、いわゆる「日給月給制」の場合、賃金額は④欄に記入します。1日あたりの減額の額の算定の方法の例は以下ようになります。

- ③-1 欠勤1日について、

「基本給」× $\frac{1}{\text{暦日数(30または31日)}}$ を減額する場合



各期間の暦日数（30、31日等）-欠勤日数を記載します。（⑨⑪欄）

- ③-2 欠勤1日について、

「基本給」× $\frac{1}{\text{各月又は1か月あたりの所定労働日数}}$ を減額する場合



各月又は1か月あたりの所定労働日数-欠勤日数を記載します。（⑨⑪欄）

※上の例以外の賃金形態の場合は、ハローワークの窓口までおたずねください。

⑬「備考」

- ・参考事項を記入してください。
- 例えば、賃金未払、休業、賃金締切日変更等。

⑮「署名捺印」

- ・離職者に記載内容を確認させたうえ署名捺印させてください。
- なお、本人の捺印がとれないときは、その理由を記載し事業主印を押印してください。

⑭「賃金に関する特記事項」

- ・毎月決まって支払われる賃金以外の賃金のうち、3か月以内の期間ごとに支払われるもの（以下「特別の賃金」という。）がある場合に、⑧欄に記載した期間内に支払われた特別の賃金の支給日、名称および支給額を記入してください。
- なお、記入しない場合には斜線を引いてください。
- ※賃金の解釈については、61ページ参照

※	所長	次長	課長	係長	係

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（１）

１枚の離職証明書に記載できない場合

様式第5号 雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用） 続紙あり

① 被保険者番号	4900-102030-5	③ フリガナ	テキヨウ リョウタ	④ 離職年月日	平成31年8月31日
② 事業所番号	4900-000111-0	離職者氏名	適用 良太	年月日	平成31年8月31日
⑤ 名称	株式会社 雇用保険		⑥ 離職者の住所又は居所	〒192-0204 東京都八王子市宇安町1-13-1	
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2		電話番号	03-5253-1111	
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。	※離職票交付（交付番号）		年	月	日
住所	東京都千代田区霞が関1-2-2		離職者印	印	
事業主氏名	株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎		離職者印	印	

離職の日以前の賃金支払状況等

④ 被保険者期間算定対象期間	⑤ ⑧の期間における雇用特例賃金支払基礎日数	⑥ 賃金支払対象期間	⑦ ⑨の基礎日数	⑩ 賃金	⑪ 備考
(A) 一般被保険者等	⑧ 離職日の翌日	⑨ 離職日	⑩ 基礎日数	(A) (B) 計	
8月1日～8月31日	20日	8月1日～8月31日	20日	80,000	
7月1日～7月31日	20日	7月1日～7月31日	20日	80,000	
6月1日～6月30日	20日	6月1日～6月30日	20日	80,000	
5月1日～5月31日	22日	5月1日～5月31日	22日	88,000	
4月1日～4月30日	21日	4月1日～4月30日	21日	84,000	
3月1日～3月31日	22日	3月1日～3月31日	22日	88,000	
2月1日～2月28日	10日	2月1日～2月28日	10日		
1月1日～1月31日	18日	1月1日～1月31日	18日		
12月1日～12月31日	20日	12月1日～12月31日	20日		
11月1日～11月30日	9日	11月1日～11月30日	9日		
10月1日～10月31日	8日	10月1日～10月31日	8日		
9月1日～9月30日	20日	9月1日～9月30日	20日		
8月1日～8月31日	16日	8月1日～8月31日	16日		

⑫ 賃金に関する特記事項

⑬ この証明書の記載内容(⑩欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名)

(離職者氏名) 適用 良太

※ 公共職業安定所記載欄

⑭ ⑮欄の記載 有・無

⑯ ⑰欄の記載 有・無

⑱ ⑲欄の記載 有・無

社会保険労務士記載欄

社会保険労務士 氏名 電話番号

印

※ 所長 次長 課長 係長 係

様式第5号 雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用） 続紙

① 被保険者番号	4900-102030-5	③ フリガナ	テキヨウ リョウタ	④ 離職年月日	平成31年8月31日
② 事業所番号	4900-000111-0	離職者氏名	適用 良太	年月日	平成31年8月31日
⑤ 名称	株式会社 雇用保険		⑥ 離職者の住所又は居所	〒192-0204 東京都八王子市宇安町1-13-1	
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2		電話番号	03-5253-1111	
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。	※離職票交付（交付番号）		年	月	日
住所	東京都千代田区霞が関1-2-2		離職者印	印	
事業主氏名	株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎		離職者印	印	

離職の日以前の賃金支払状況等

④ 被保険者期間算定対象期間	⑤ ⑧の期間における雇用特例賃金支払基礎日数	⑥ 賃金支払対象期間	⑦ ⑨の基礎日数	⑩ 賃金	⑪ 備考
(A) 一般被保険者等	⑧ 離職日の翌日	⑨ 離職日	⑩ 基礎日数	(A) (B) 計	
7月1日～7月31日	18日	7月1日～7月31日	18日		
6月1日～6月30日	19日	6月1日～6月30日	19日		
5月1日～5月31日	20日	5月1日～5月31日	20日		
4月1日～4月30日	21日	4月1日～4月30日	21日		
3月1日～3月31日	22日	3月1日～3月31日	22日		
2月1日～2月28日	10日	2月1日～2月28日	10日		
1月1日～1月31日	18日	1月1日～1月31日	18日		
12月1日～12月31日	20日	12月1日～12月31日	20日		
11月1日～11月30日	9日	11月1日～11月30日	9日		
10月1日～10月31日	8日	10月1日～10月31日	8日		
9月1日～9月30日	20日	9月1日～9月30日	20日		
8月1日～8月31日	16日	8月1日～8月31日	16日		

⑫ 賃金に関する特記事項

⑬ この証明書の記載内容(⑩欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名)

(離職者氏名) 適用 良太

※ 公共職業安定所記載欄

⑭ ⑮欄の記載 有・無

⑯ ⑰欄の記載 有・無

⑱ ⑲欄の記載 有・無

社会保険労務士記載欄

社会保険労務士 氏名 電話番号

印

※ 所長 次長 課長 係長 係

【例示説明】

離職の日以前2年間に賃金支払基礎日数（⑨欄）11日以上の方が12か月（⑧④欄）以上必要です。

1枚の離職証明書で⑧⑨欄、基礎日数11日以上の方が12か月とあれば1枚だけで足りませんが、とれない場合は2枚の離職証明書になります。

2枚の離職証明書となる場合は、2枚目の離職証明書右上に「続紙」と記入してください。

また、「続紙」として使用する離職証明書の記入は、①～④欄、事業主証明欄、⑧～⑭欄について記入してください。

【記入留意事項】

週5日 1日5時間勤務 時間給800円

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（２） 賃金締切日に変更があった場合

様式第5号

雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用）

① 被保険者番号	4900-102030-6	③ フリガナ	キウフ ジロウ	④ 離職年月日	平成31年8月5日
② 事業所番号	4900-000111-0	離職者氏名	給付 次郎	年 月 日	
⑤ 名 称	株式会社 雇用保険	⑥ 〒	254-8578	離職者の住所又は居所	神奈川県平塚市松風町2-7
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2	電話番号	03-5253-1111	電話番号（0463）	25 - 8609
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2		※離職票交付 （交付番号）		年 月 日	離職票印
事業主 氏名 株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎					
離職の日以前の賃金支払状況等					
⑨ 被保険者期間算定対象期間	⑩ ⑪の期間における 賃金支払 基礎日数	⑫ 賃 金 額	⑬ 備 考		
⑨ A 一般被保険者等	⑩ 離職日の翌日	⑪ 基礎日数	⑫ A B 計		
8月6日	8月6日	4日	37,000		
7月6日～ 離職日	離職月 21日	8月1日～ 離職日	4日		
6月6日～ 7月5日	月 17日	7月1日～ 7月31日	20日		
5月6日～ 6月5日	月 17日	6月1日～ 6月30日	18日		
4月6日～ 5月5日	月 21日	5月21日～ 5月31日	8日	賃金締切日変更	
3月6日～ 4月5日	月 21日	4月21日～ 5月20日	22日		
2月6日～ 3月5日	月 17日	3月21日～ 4月20日	16日		
1月6日～ 2月5日	月 21日	2月21日～ 3月20日	22日		
12月6日～ 1月5日	月 16日	1月21日～ 2月20日	20日		
11月6日～ 12月5日	月 17日	月 日～ 月 日	日		
10月6日～ 11月5日	月 17日	月 日～ 月 日	日		
9月6日～ 10月5日	月 21日	月 日～ 月 日	日		
8月6日～ 9月5日	月 21日	月 日～ 月 日	日		
月 日～ 月 日	月 日	月 日～ 月 日	日		
⑭ 賃金に関する 特記事項	⑮ この証明書の記載内容(⑦欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名) (離職者氏名) 給付 次郎 印				
※公共職業安定所記載欄	⑯欄の記載 有・無 ⑰欄の記載 有・無 資・聴 有・無				

社会保険 労務士 記載欄	市役所月日・提出代行番・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係

[例示説明]
5月20日に賃金の締切を行った後、翌月の20日に行われるべき次回の締切日が繰り上げられて、当月以降末日となった場合。
[記入留意事項]
⑬欄の表示、⑩⑪⑫の各欄
[参考]
日給者 日額8,000円、残業手当有
⑫欄 主たる賃金が日を単位として算定されているため、賃金の総額を⑫欄に記入してください。

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（3） 賃金形態に変更があった場合

様式第5号 雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用）

① 被保険者番号	4 9 0 0 - 1 2 3 0 0 0 - 1	③ フリガナ	ホケン サトシ	④ 離職平成	31	年	10	月	25	日
② 事業所番号	4 9 0 0 - 0 0 0 0 3 3 - 0	離職者氏名	保 険 諭	年月日						
⑤ 名称	株式会社 雇用保険 岡山支店		⑥ 離職者の	〒704-8103 岡山市東区川本町325-4						
事業所所在地	岡山市北区野田1-1-20		住所又は居所	電話番号 (086) 942 - 3212						
電話番号	086-241-3222									
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。 住所 東京都千代田区霞が関1-2-2			※離職票交付 (交付番号)			年 月 日		離受 職領 票印		
事業主 氏名 株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎										
離職の日以前の賃金支払状況等										
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑩の期間における 雇用特例 賃金支払 被保険者 基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ ⑩の 基礎 日数	⑫ 賃 金 額			⑬ 備 考			
⑧A 一般被保険者等	⑧B 短期 雇用特例 賃金支払 被保険者 基礎日数	⑩A 離職日の翌日	⑩B 離職日	⑪A 離職日	⑪B 離職日	⑫A	⑫B	⑫C 計		
9月26日～	離職日	9月26日	21日	9月26日～	離職日	21日	18,000	197,000	215,000	
8月26日～	9月25日	月	21日	8月26日～	9月25日	21日	18,000	197,000	215,000	
7月26日～	8月25日	月	22日	7月26日～	8月25日	22日	18,000	207,500	225,500	日給制に切替
6月26日～	7月25日	月	30日	6月26日～	7月25日	30日	228,000		228,000	
5月26日～	6月25日	月	31日	5月26日～	6月25日	31日	228,000		228,000	
4月26日～	5月25日	月	30日	4月26日～	5月25日	30日	228,000		228,000	
3月26日～	4月25日	月	31日	月 日～	月 日	日				
2月26日～	3月25日	月	28日	月 日～	月 日	日				
1月26日～	2月25日	月	31日	月 日～	月 日	日				
12月26日～	1月25日	月	31日	月 日～	月 日	日				
11月26日～	12月25日	月	30日	月 日～	月 日	日				
10月26日～	11月25日	月	31日	月 日～	月 日	日				
月 日～	月 日	月 日	月 日	月 日～	月 日	日				
⑭ 賃金に関する特記事項			⑮ この証明書の記載内容(⑦欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名) (離職者氏名) 保 険 諭 (印)							
※公共職業安定所記載欄			⑯ ⑮欄の記載 有・無 ⑰ ⑮欄の記載 有・無 資・聴 有・無							

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行番・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係

[例示説明]

8月分より月給制から日給制に切り替えた場合。

[記入留意事項]

⑨⑩欄および⑫の④、③計欄

③欄の変更月に変更後の賃金形態を記入してください。

[参考]

7月26日より賃金形態を月給から日給に変更

(変更前) 月給者 月額 210,000 円、通勤手当 8,000 円、家族手当 10,000 円 (7月25日まで)

(変更後) 日給者 日額 9,000 円、通勤手当 8,000 円、家族手当 10,000 円、残業手当有 (7月26日から)

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（４）

離職日の翌日に応答する日が各月にない場合

様式第5号 雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用）

① 被保険者番号	4 9 0 0 - 1 0 2 0 3 0 - 7	③ フリガナ	アンテイ ミチコ	④ 離職年月日	平成 31 年 10 月 30 日
② 事業所番号	4 9 0 0 - 0 0 0 1 1 1 - 0	離職者氏名	安定 美智子	年 月 日	
⑤ 名称	株式会社 雇用保険	⑥ 離職者の住所又は居所	〒030-0822 青森市中央2-10-10		
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2	電話番号	03-5253-1111		
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。	※離職票交付（交付番号）		年 月 日		
住所 東京都千代田区霞が関1-2-2					
事業主氏名 株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎					
離職の日以前の賃金支払状況等					
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑩の期間における賃金支払基礎日数	⑪ ⑩の基礎日数	⑫ 賃金 額		⑬ 備考
⑧ 一般被保険者等	⑨ 短期雇用特例被保険者	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ 基礎日数	⑫ 賃金 額	⑬ 備考
離職日の翌日	10月31日	離職日	20日	10月21日～離職日	6日
9月30日～離職日	9月29日	22日	9月21日～10月20日	21日	47,850
8月31日～9月29日	21日	8月21日～9月20日	24日	167,475	191,400
7月31日～8月30日	25日	7月21日～8月20日	18日	143,550	191,400
6月30日～7月30日	21日	6月21日～7月20日	24日	167,475	143,550
5月31日～6月29日	19日	5月21日～6月20日	21日		
4月30日～5月30日	21日	4月21日～5月20日	18日		
3月31日～4月29日	20日	月 日～月 日	日		
2月28日～3月30日	18日	月 日～月 日	日		
1月31日～2月27日	17日	月 日～月 日	日		
12月31日～1月30日	22日	月 日～月 日	日		
11月30日～12月30日	24日	月 日～月 日	日		
10月31日～11月29日	月 日～月 日	日			
月 日～月 日	月 日～月 日	日			
⑭ 賃金に関する特記事項	⑮ この証明書の記載内容(⑦欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名) (離職者氏名) 安定 美智子 印				
※公共職業安定所記載欄	⑯ 欄の記載 有・無 ⑰ 欄の記載 有・無 資・聴 有・無				

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・届出代行番・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係

[例示説明]

離職日の翌日に応答する日が各月にない場合。

[記入留意事項]

⑧欄の④および⑨欄

⑧欄の④の左側月日欄は、「離職日の翌日に応答する日（喪失応当日）」を記入するが、応答する日がない月においては、その月の末日を記入してください。

したがって、暦の大の月の30日に離職した場合はすべてこの取扱いになります。

[参考]

日給者 日額6,000円、特殊作業手当日額100円、残業手当有

⑨、⑩欄 賃金支払基礎日数には有給休暇の日数も算入されます。

(例示：6月21日～7月20日 基礎日数24日＝働いた日23日＋有給1日)

⑫欄 月を単位として支払われるものがないため、賃金の総額を⑬欄に記入してください。

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（５） 日給月給者で欠勤があり賃金が減額された場合

様式第5号 雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用）

① 被保険者番号	4900-102030-8	③ フリガナ	シヨクアン マリ	④ 離職年月日	平成31年10月31日
② 事業所番号	4900-000111-0	離職者氏名	職安 麻里	年月日	
⑤ 名称	株式会社 雇用保険	⑥ 離職者の住所又は居所	〒432-8537 浜松市中区浅田町50-2	電話番号	(053) 457-5151
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2	この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。	※離職票交付（交付番号）	年 月 日	離受 職領 票印
電話番号	03-5253-1111	住所 東京都千代田区霞が関1-2-2	事業主氏名	株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎	
離職の日以前の賃金支払状況等					
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑩の期間における雇用特例賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ 基礎日数	⑫ 賃金 額	⑬ 備考
⑧ (A) 一般被保険者等	⑨ (B) 短期雇用特例被保険者			(A) (B) 計	
離職日の翌日	11月1日				
10月1日～離職日	離職月 24日	10月26日～離職日	5日	31,250	基礎日数24日
9月1日～9月30日	月 24日	9月26日～10月25日	24日	160,000	
8月1日～8月31日	月 24日	8月26日～9月25日	24日	160,000	
7月1日～7月31日	月 21日	7月26日～8月25日	23日	143,750	7/26欠勤
6月1日～6月30日	月 24日	6月26日～7月25日	22日	137,500	7/24,25欠勤
5月1日～5月31日	月 24日	5月26日～6月25日	24日	160,000	
4月1日～4月30日	月 24日	4月26日～5月25日	24日	160,000	
3月1日～3月31日	月 24日	月 日～月 日	日		
2月1日～2月28日	月 21日	月 日～月 日	日		
1月1日～1月31日	月 24日	月 日～月 日	日		
12月1日～12月31日	月 22日	月 日～月 日	日		
11月1日～11月30日	月 24日	月 日～月 日	日		
月 日～月 日	月 日	月 日～月 日	日		
⑭ 賃金に関する特記事項	⑮ この証明書の記載内容(⑦欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名) (離職者氏名) 職安 麻里 印				
※公共職業安定所記載欄	⑯ 欄の記載 有・無 ⑰ 欄の記載 有・無 資・聴 有・無				

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行室・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			印

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係

[例示説明]

7月24日～7月26日の3日間欠勤したため、賃金が事業所の就業規則等に基づき減額された場合、基礎日数も3日減ぜられる。

就業規則……稼働すべき日数に関係なく皆勤した場合には、給与月額は一定である。ただし、欠勤がある場合には、給与月額の24分の1に相当する額を減ずる。

[記入留意事項]

⑨⑩欄および⑫欄、⑬欄を記入してください。

[参考]

日給月給者 月額150,000円、皆勤手当10,000円

7月分賃金……6/26～7/25 基礎日数22＝24－欠勤日数2（7/24～25）

賃金137,500円＝150,000円－（150,000円× $\frac{2}{24}$ ）

8月分賃金……7/26～8/25 基礎日数23＝24－欠勤日数1（7/26）

賃金143,750円＝150,000円－（150,000円× $\frac{1}{24}$ ）

雇用保険被保険者離職証明書（用紙左側部分）記入例（6） 疾病により引き続き30日以上賃金支払いがなかった場合

様式第5号

雇用保険被保険者離職証明書（安定所提出用）

① 被保険者番号	4900-102030-9	③ フリガナ	ホケン リョウイチ	④ 離職年月日	平成31年10月20日
② 事業所番号	4900-000111-0	離職者氏名	保険 亮一	年	月
⑤ 名称	株式会社 雇用保険	⑥ 離職者の住所又は居所	〒737-8609 呉市西中央1-5-2	電話番号	(0823) 25-8609
事業所所在地	東京都千代田区霞が関1-2-2	この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。	※離職票交付 (交付番号)	年	月
電話番号	03-5253-1111	住所 東京都千代田区霞が関1-2-2	事業主氏名	株式会社雇用保険 代表取締役 雇用太郎	離職票印
離職の日以前の賃金支払状況等					
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ 短期における雇用特例被保険者基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ 基礎日数	⑫ 賃金額	⑬ 備考
⑧-1 一般被保険者等	⑧-2 短期被保険者等	⑩-1 賃金支払対象期間	⑪-1 基礎日数	⑫-1 賃金額	⑬-1 備考
離職日の翌日	10月21日	9月21日～ 離職日	7日	39,200	自30.1.18 至30.9.24の 250日間 交通事故による ケガのため欠勤 賃金支払なし
12月21日～ 1月20日	18日	12月21日～ 1月20日	18日	100,800	
11月21日～ 12月20日	20日	11月21日～ 12月20日	20日	112,000	
10月21日～ 11月20日	17日	10月21日～ 11月20日	17日	95,200	
9月21日～ 10月20日	21日	9月21日～ 10月20日	21日	117,600	
8月21日～ 9月20日	18日	8月21日～ 9月20日	18日	100,800	
7月21日～ 8月20日	22日	7月21日～ 8月20日	22日	123,200	
6月21日～ 7月20日	21日	月 日～ 月 日	日		
5月21日～ 6月20日	22日	月 日～ 月 日	日		
4月21日～ 5月20日	20日	月 日～ 月 日	日		
3月21日～ 4月20日	22日	月 日～ 月 日	日		
2月21日～ 3月20日	18日	月 日～ 月 日	日		
1月21日～ 2月20日	20日	月 日～ 月 日	日		
⑭ 賃金に関する特記事項	⑮ この証明書の記載内容(⑦欄を除く)は相違ないと認めます。(記名押印又は自筆による署名) (離職者氏名) 保険 亮一 (印)				
※公共職業安定所記載欄	⑯ 欄の記載 有・無 ⑰ 欄の記載 有・無 ⑱ 欄の記載 有・無				

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行書・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係

[例示説明]

疾病により引き続き30日以上賃金支払いがなかった場合。

[記入留意事項]

⑬欄の記入、⑧～⑫欄（全く賃金支払いのなかった期間分の記入は必要ありません。）

疾病により引き続き30日以上賃金支払いがなかった場合、賃金支払いがなかった期間およびその日数並びに原因となった疾病名等を記入してください。

※その事実を証明する医師の診断書（写しで可）等を添付してください。

[参考]

日給者

離職の日以前2年間又は1年間に①疾病、②負傷、③事業所の休業、④出産、⑤事業主の命による外国における勤務等の理由で引き続き30日以上賃金の支払いを受けることができなかった場合（※注）は、賃金の支払いを受けることができなかった日数を加算した期間（最高4年間）について上記の例のように⑧～⑫欄に記入する。

※注 同一の理由により賃金の支払を受けることができなかった期間が途中で中断し、その期間が30日未満である場合は、期間の日数を加算することができる場合がありますので、ハローワークに確認して下さい。