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 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）
- ○ 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）
- ○ 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」
・この届を提出するハローワーク、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。

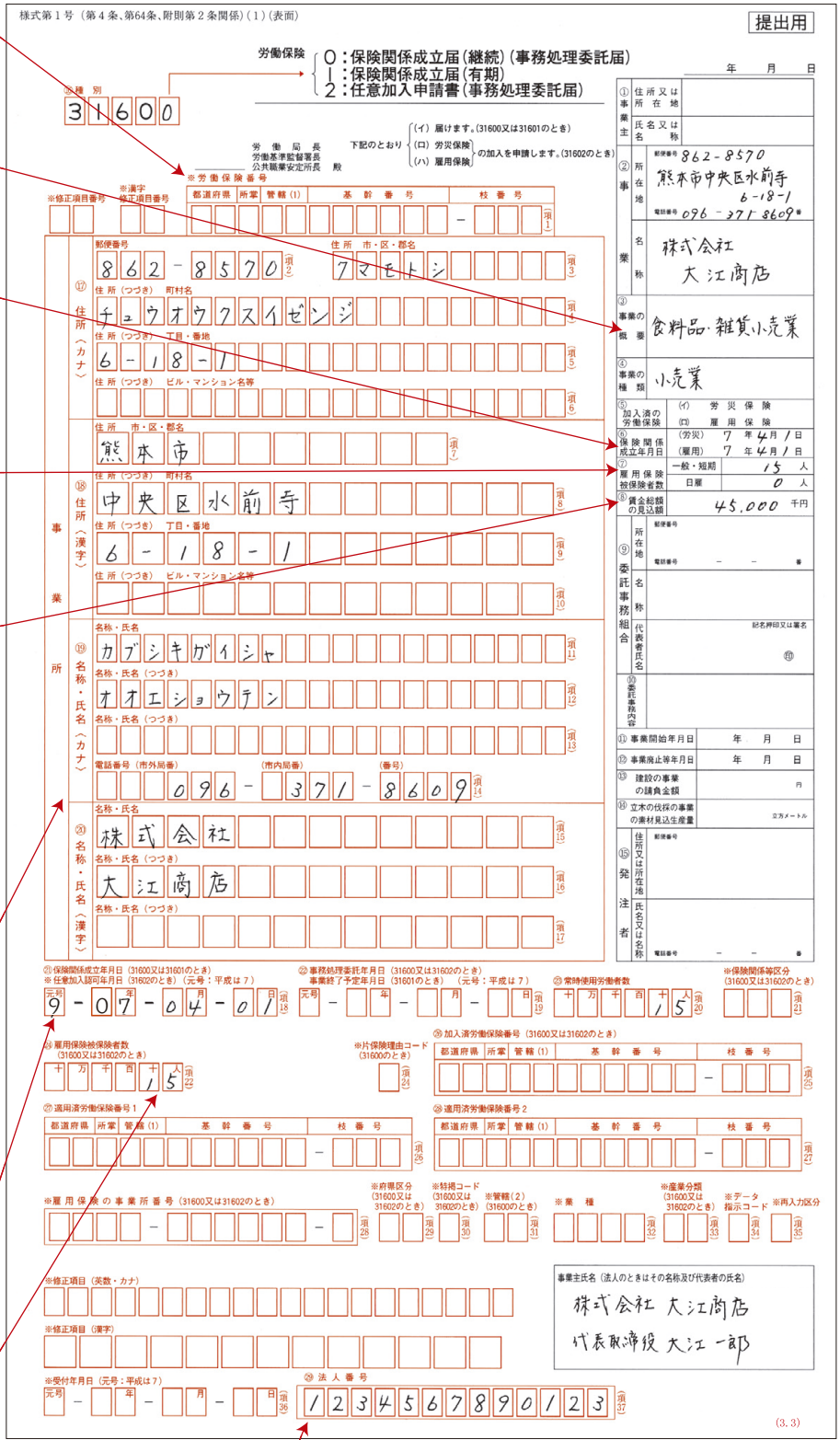
⑦「雇用保険被保険者数」
・「一般・短期」には、その年度における１か月平均雇用保険被保険者数を記入し、「日雇」には日雇労働被保険者数を記入してください。

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。

⑰⑱⑲⑳「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「ー」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。
・電話番号は項目ごとに右詰めで記入してください。
・**濁点半濁点がある文字も１つの枠内に記入してください。**

㉑「保険関係成立年月日」
・⑥欄の年月日を記入してください。

㉔「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。



㉙「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。

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。

⑰「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

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。

㉕「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。

㉗「特掲事業」
・雇用保険率が $\frac{15.5}{1000}$ の事業は（ロ）、$\frac{17.5}{1000}$ 又は $\frac{18.5}{1000}$ 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」
・「㉒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。

㉛「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33条関係）（甲）（1）

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

継続事業（一括有期事業を含む。）

標準字体 0123456789
第3片「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枠への記入は上記の「標準字体」でお願いします。

提出用

下記のとおり申告します。　令和7年4月15日

種別 32700

①労働保険番号：都道府県 4 / 所掌 3 / 管轄 10 / 基幹番号 112345 6 / 枝番号 000（43101-123456-000）

④常時使用労働者数 10人　⑤雇用保険被保険者数 9人

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
労働保険特別会計歳入徴収官殿

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げて下さい。）

確定保険料算定内訳　算定期間　年　月　日から　年　月　日まで

⑦区分	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）　千円	（イ）1000分の	（イ）　円
労災保険分	（ロ）　千円	（ロ）1000分の	（ロ）　円
雇用保険分	（ホ）　千円	（ホ）1000分の	（ホ）　円
一般拠出金（注1）	（ヘ）　千円	（ヘ）1000分の	（ヘ）　円

（注1）石綿による健康被害の救済に関する法律第35条第1項に基づき、労災保険適用事業主から徴収する一般拠出金
（注2）一般拠出金は延納できません

概算・増加概算保険料算定内訳　算定期間　令和7年4月1日から　令和8年3月31日まで

⑪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	（イ）　千円	（イ）1000分の 18.5	（イ）580925 円
労災保険分	（ロ）34095 千円	（ロ）1000分の 3.00	（ロ）102285 円
雇用保険分	（ホ）30880 千円	（ホ）1000分の 15.5	（ホ）478640 円

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 1

⑧⑩⑫⑭⑳の（ロ）欄の金額の前に「￥」記号を付さないで下さい。

⑱申告済概算保険料額　円
⑲申告済概算保険料額　円
⑳差引額 （イ）充当額 （ハ）不足額 （ロ）還付額
㉑増加概算保険料額（⑭の（イ）−⑲）　円

㉛法人番号 1234567890123

㉒期別納付額

第1期（初期）全期又は	（イ）概算保険料額 580,925 円	（ニ）今期労働保険料 580,925 円
	（ト）今期納付額（（ニ）＋（ヘ））	580,925 円
第2期	（チ）概算保険料額 円	（ヌ）第2期納付額 円
第3期	（ル）概算保険料額 円	（ワ）第3期納付額 円

㉓保険関係成立年月日　令和7年4月1日

㉕事業又は作業の種類　食料品・雑貨小売業

㉖加入している労働保険　（イ）労災保険 （ロ）雇用保険（両方に○）

㉗特掲事業　（イ）該当する　（ロ）該当しない（（ロ）に○）

㉘事業　（イ）所在地 熊本市中央区水前寺6-18-1　（ロ）名称 ㈱大江商店

㉙事業主　郵便番号 862−0950　電話番号（096）371−8609
（イ）住所 熊本市中央区水前寺6-18-1
（ロ）名称 ㈱大江商店
（ハ）氏名 代表取締役　大江　一郎

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

きりとり線（1枚目はきりはなさないで下さい。）

領収済通知書　労働保険　国庫金

（記入例）￥0123456789
◎数字は記入例にならって黒のボールペンで力を入れて枠からはみださないように記入して下さい。

30840　取扱庁名 熊本労働局　※取扱庁番号 00075647　徴収勘定 保険料収入及び一般拠出金収入　労働保険特別会計 0847　厚生労働省所管 6118　令和07年度

労働保険番号 43101-123456-000

翌年度5月1日以降　現年度歳入組入

納付の目的　1. 令和 07 年度概算 1 期

内訳	
労働保険料	￥580925
一般拠出金	
納付額（合計額）	￥580925

（住所）〒862-0950 熊本市中央区水前寺6-18-1
（氏名）㈱大江商店 殿

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

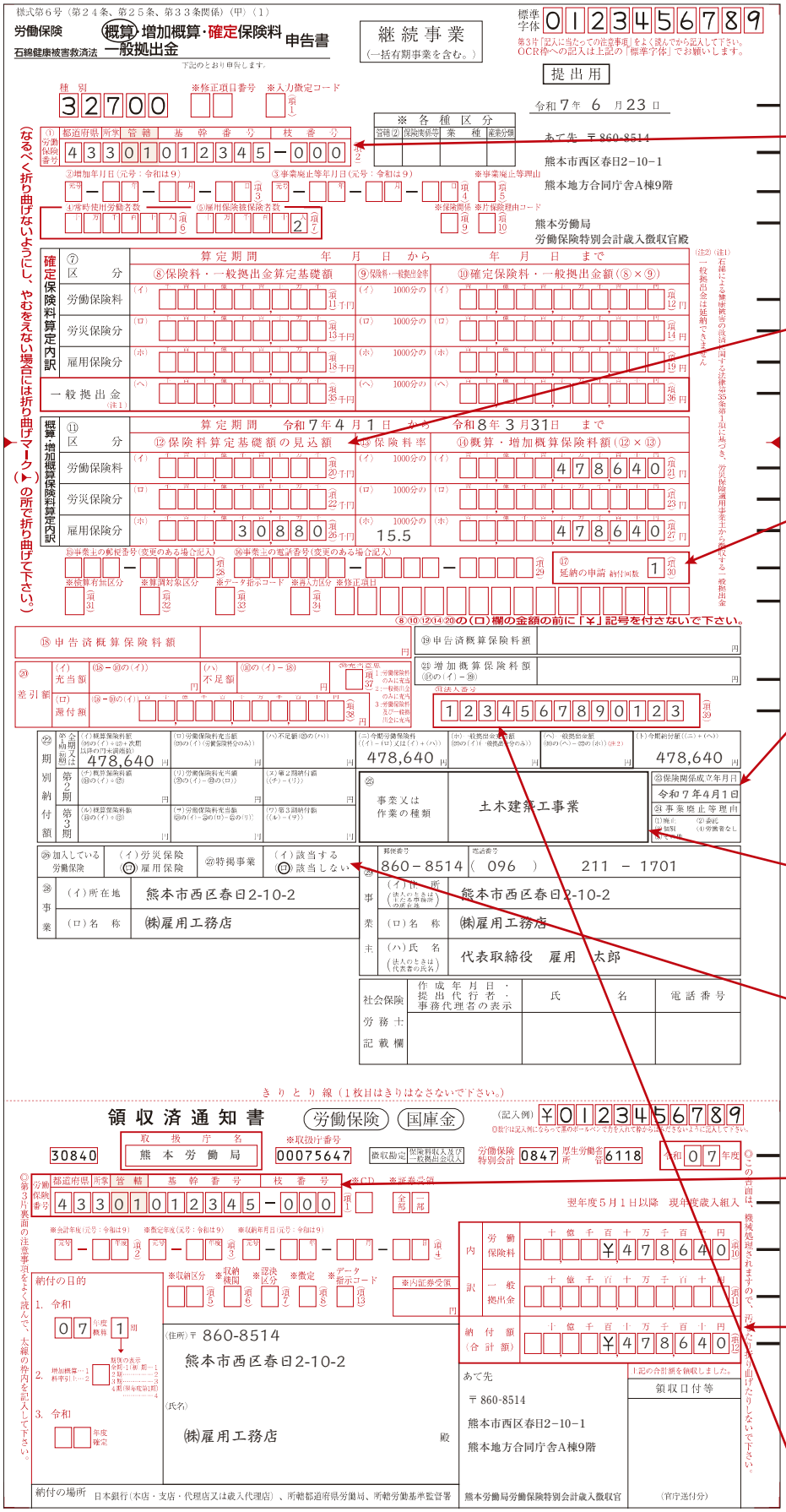
上記の合計額を領収しました。領収日付等

納付の場所 日本銀行（本店・支店・代理店又は歳入代理店）、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署
熊本労働局労働保険特別会計歳入徴収官　（官庁送付分）

◎この書面は、機械処理されますので、汚したり折り曲げたりしないで下さい。

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。）



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。

⑰「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。

㉕「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。

㉗「特掲事業」

・雇用保険率が $\frac{15.5}{1000}$ の事業は（ロ）、$\frac{17.5}{1000}$ 又は $\frac{18.5}{1000}$ 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。

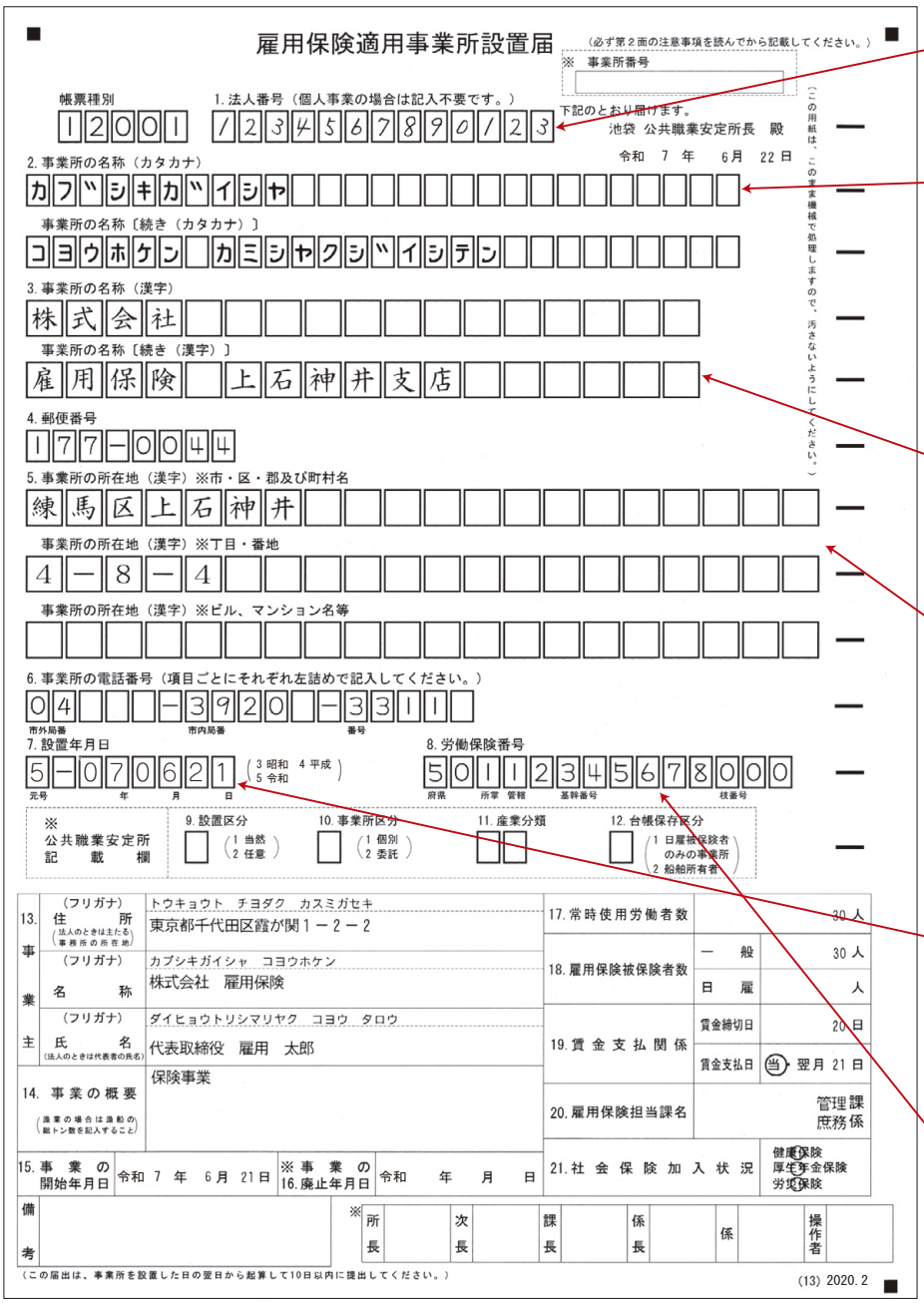
「納付額」

・「㉒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。

㉛「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 2 0 0 1

1. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

下記のとおり届けます。

池袋 公共職業安定所長 殿

令和 7 年 6月 22 日

（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. 事業所の名称（カタカナ） カフシキカイシヤ

事業所の名称〔続き（カタカナ）〕 コヨウホケンカミシヤクシイシテン

3. 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 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。） 04－3920－3311

（市外局番 / 市内局番 / 番号）

7. 設置年月日 5－07－06－21（3 昭和 4 平成 5 令和）（元号 年 月 日）

8. 労働保険番号 5011234567 8000（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）

※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 日雇被保険者のみの事業所 2 船舶所有者）

13. 事業主 住所（法人のときは主たる事務所の所在地）	（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	17. 常時使用労働者数	30 人
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	18. 雇用保険被保険者数	一般 30 人 日雇 人
氏名（法人のときは代表者の氏名）	（フリガナ）ダイヒョウトリシマリヤク コヨウ タロウ 代表取締役 雇用 太郎	19. 賃金支払関係	賃金締切日 20 日 賃金支払日 当 翌月 21 日
14. 事業の概要（漁業の場合は漁船の総トン数を記入すること）	保険事業	20. 雇用保険担当課名	管理課 庶務係
15. 事業の開始年月日	令和 7 年 6 月 21 日	21. 社会保険加入状況	健康保険 厚生年金保険 労災保険
※事業の 16. 廃止年月日	令和 年 月 日		

備考

※ 所長 / 次長 / 課長 / 係長 / 係 / 操作者

（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) 2020. 2

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「ー」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　テキヨウ　ショウテン
　　センイン　クニヒロ

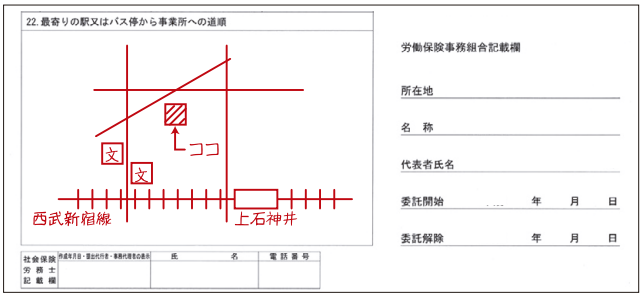
3「事業所の名称（漢字）」
・漢字、カタカナ、ひらがな及び英数字により明りょうに記入してください。

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。（労働保険保険関係成立届の⑥欄「成立年月日（雇用）」と同じ。）

8「労働保険番号」
・労働保険保険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。

・裏面に事業所所在地の略図を記入してください。



22. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

ココ

文

文

西武新宿線

上石神井

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

社会保険労務士記載欄

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！

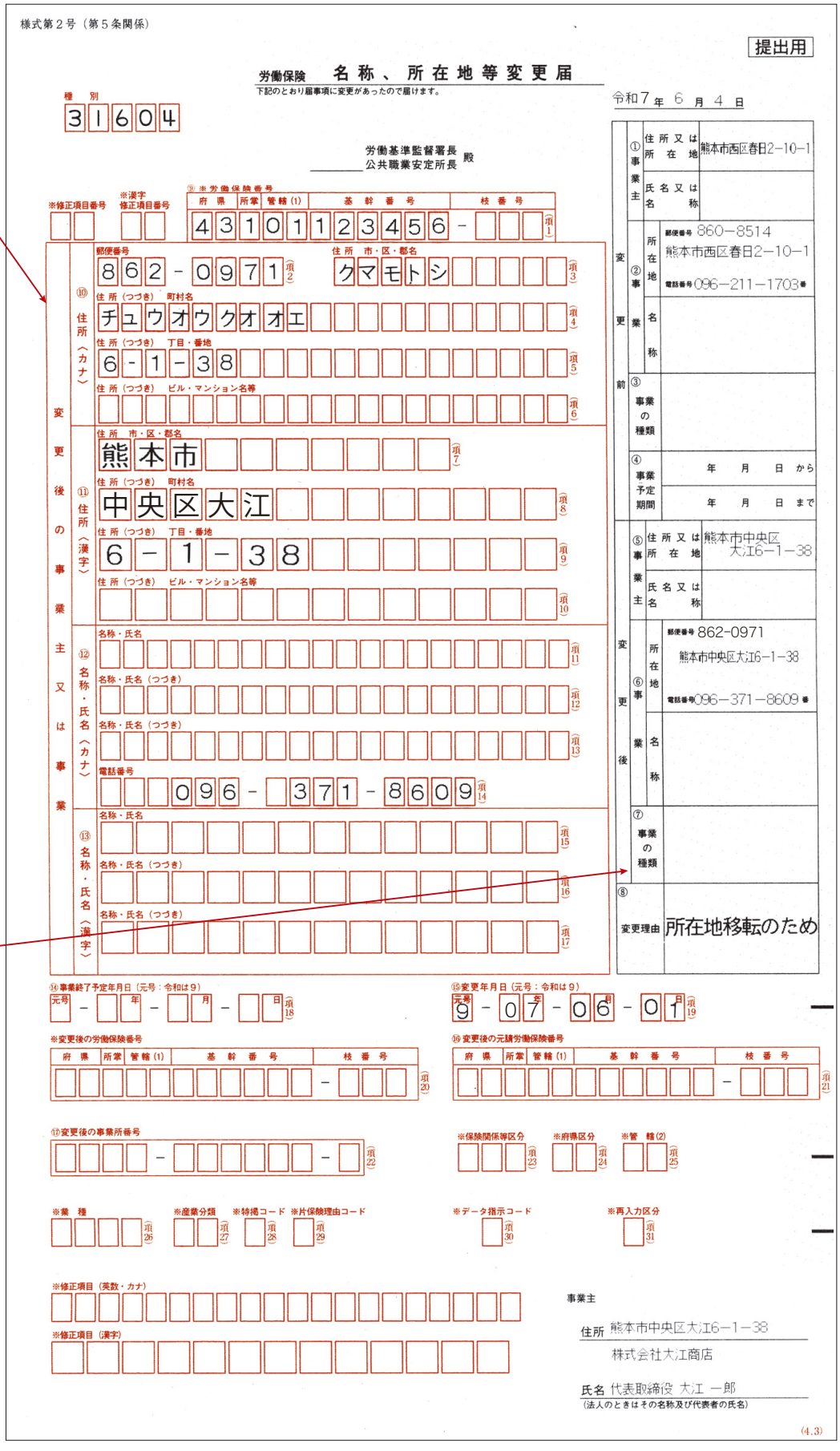
①　一元適用事業
　移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出した後、移転後の所在地を管轄するハローワークへ、その控を添えて「雇用保険事業主事業所各種変更届」を提出してください。

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「ー」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）

提出用

労働保険　名称、所在地等変更届
下記のとおり届事項に変更があったので届けます。

令和7年 6月 4日

種別 31604

労働基準監督署長 殿
公共職業安定所長

※修正項目番号
※漢字修正項目番号
⑨※労働保険番号 府県 4310 所掌 1 管轄(1) 123456 基幹番号 - 枝番号 項1

変更後の事業主又は事業

⑩住所（カナ）
郵便番号 862-0971 項2
住所 市・区・郡名 クマモトシ 項3
住所（つづき） 町村名 チュウオウクオオエ 項4
住所（つづき） 丁目・番地 6-1-38 項5
住所（つづき） ビル・マンション名等 項6

⑪住所（漢字）
住所 市・区・郡名 熊本市 項7
住所（つづき） 町村名 中央区大江 項8
住所（つづき） 丁目・番地 6-1-38 項9
住所（つづき） ビル・マンション名等 項10

⑫名称・氏名（カナ）
名称・氏名 項11
名称・氏名（つづき） 項12
名称・氏名（つづき） 項13
電話番号 096-371-8609 項14

⑬名称・氏名（漢字）
名称・氏名 項15
名称・氏名（つづき） 項16
名称・氏名（つづき） 項17

変更前
①事業主 住所又は所在地 熊本市西区春日2-10-1
氏名又は名称
②事業所 所在地 郵便番号 860-8514 熊本市西区春日2-10-1 電話番号 096-211-1703
名称
③事業の種類
④事業予定期間 年 月 日から 年 月 日まで

変更後
⑤事業主 住所又は所在地 熊本市中央区大江6-1-38
氏名又は名称
⑥事業所 所在地 郵便番号 862-0971 熊本市中央区大江6-1-38 電話番号 096-371-8609
名称
⑦事業の種類
⑧変更理由 所在地移転のため

⑭事業終了予定年月日（元号：令和は9） 元号 - 年 - 月 - 日 項18
⑮変更年月日（元号：令和は9） 元号 9 - 07 年 - 06 月 - 01 日 項19

※変更後の労働保険番号 府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 項20
⑯変更後の元請労働保険番号 府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 項21

⑰変更後の事業所番号 項22
※保険関係等区分 項23
※府県区分 項24
※管轄(2) 項25
※業種 項26
※産業分類 項27
※特掲コード 項28
※片保険理由コード 項29
※データ指示コード 項30
※再入力区分 項31

※修正項目（英数・カナ）
※修正項目（漢字）

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
（法人のときはその名称及び代表者の氏名）

(4.3)

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 1 3 0 0 3

※1. 変更区分

2. 変更年月日　5 −（元号）0 7（年）0 6（月）2 1（日）

3. 事業所番号　4 9 0 0 −1 2 3 4 5 6 −7

4. 設置年月日　4 −（元号）3 1（年）0 7（月）0 1（日）（3 昭和 4 平成 5 令和）

●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。）　1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

6. 事業所の名称（カタカナ）　カブシキガイシャ

事業所の名称〔続き（カタカナ）〕　コヨウホケンタチカワシテン

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　1 9 0 −8 5 0 9

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。）　0 4 2（市外局番）−5 2 5（市内局番）−8 6 0 9（番号）

9. 事業所の所在地（漢字）　市・区・郡及び町村名　立川市錦町

事業所の所在地（漢字）　丁目・番地　1 − 9 − 2 1

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　5 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 0 0 0（府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号）

※ 公共職業安定所記載欄　12. 設置区分（1 当然 2 任意）　13. 事業所区分（1 個別 2 委託）　14. 産業分類

変更事項	15. 事業主 住所（法人のときはその事務所の所在地）	（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　カミシャクジイシテン 株式会社　雇用保険　上石神井支店	
	事業主 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ャクジイ 東京都練馬区上石神井４－８－４	
	事業主 氏名（法人のときは代表者の氏名）	（フリガナ）ダイヒョウトリシマリヤク　コヨウタロウ 代表取締役　雇用太郎	20. 事業の開始年月日	平成 31 年 7 月 1 日	24. 社会保険加入状況　健康保険 厚生年金保険 労災保険
	16. 変更後の事業の概要	保険事業	※ 21. 事業の廃止年月日	令和　年　月　日	25. 雇用保険被保険者数　一般 30人　日雇 0人
	17. 変更の理由	事業所の移転及び社名変更	22. 常時使用労働者数	30人	賃金締切日 20日
			23. 雇用保険担当課名	管理課 庶務係	26. 賃金支払関係　賃金支払日 翌月 25日
	備考		※ 所長	次長	課長 係長 係 操作者

（この届出は、変更の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）2020.2

（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「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。）

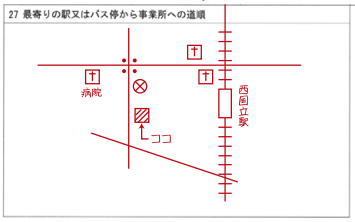
6 および 7「事業所の名称」、8「郵便番号」、9「事業所の所在地」、10「事業所の電話番号」
・変更事項のみを記入して下さい。
ただし、事業所の所在地が変更になった場合は、変更となった所在地全てを記入してください。

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「最寄りの駅又は…」
・変更がなくても記入して下さい。
・事業主欄についても、忘れずに記入してください。

27 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

上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。
令和 7 年 6 月 25 日
公共職業安定所長 殿
住所　東京都千代田区霞が関1－2－2
事業主 名称　株式会社　雇用保険
氏名　代表取締役　雇用太郎

社会保険労務士記載欄　氏名　電話番号

※　裏面も忘れずに記入してください

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」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」

・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人に））。

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。

⑱「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。

㉔「事業廃止等理由」

・該当する理由に「○」を付けてください。

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

第３片「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枠への記入は上記の「標準字体」でお願いします。

提出用

下記のとおり申告します。

令和６年　６月　15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
労働保険特別会計歳入徴収官殿

種別：32700

①労働保険番号：XX101012567－891

③事業廃止等年月日（元号：令和は９）：9－07－06（項1 4）

④常時使用労働者数：15

⑤雇用保険被保険者数：13

確定保険料算定内訳

⑦算定期間　令和7年4月1日から令和7年6月1日まで

区分	⑧保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨保険料・一般拠出金率	⑩確定保険料・一般拠出金額（⑧×⑨）
労働保険料	（イ）	（イ）1000分の 21.5	（イ）1058410
労災保険分	（ロ）56765 千円	（ロ）1000分の 6.00	（ロ）340590
雇用保険分	（ホ）46311 千円	（ホ）1000分の 15.5	（ホ）717820
一般拠出金（注1）	（ヘ）56765 千円	（ヘ）1000分の 0.02	（ヘ）1135

概算・増加概算保険料算定内訳

⑪算定期間　令和　年　月　日から令和　年　月　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	（イ）	（イ）1000分の	（イ）
労災保険分	（ロ）	（ロ）1000分の	（ロ）
雇用保険分	（ホ）	（ホ）1000分の	（ホ）

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

⑧⑩⑫⑭⑳の（ロ）欄の金額の前に「¥」記号を付さないで下さい。

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げて下さい。）

⑱申告済概算保険料額：830,104円

⑲申告済概算保険料額：　円

⑳差引額：（イ）充当額　円　（ハ）不足額 228,306円　（ロ）還付額　円

㉑増加概算保険料額：　円

㉛法人番号：1234567890123

㉒期別納付額：第１期（初期）（ハ）不足額 228,306円　（ヘ）一般拠出金額 1,135円　（ト）今期納付額 229,441円

㉕事業又は作業の種類：ビルメンテナンス業

㉓保険関係成立年月日

㉔事業廃止等理由：(1)廃止 (2)委託 (3)個別 (4)労働者なし (5)その他

㉖加入している労働保険：（イ）労災保険（ロ）雇用保険

㉗特掲事業：（イ）該当する（ロ）該当しない

㉘事業：（イ）所在地 熊本市西区春日2-10-1　（ロ）名称 熊本労働ビル

㉙事業主：郵便番号 862－0971　電話番号（096）221－1702
（イ）住所 熊本市西区春日2-10-1
（ロ）名称 熊本労働ビル
（ハ）氏名 労働　太郎

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

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 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

（必ず第２面の注意事項を読んでから記載してください。）

帳票種別：1 4 0 0 2

1. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）：1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

※2. 本日の資格喪失・転出者数：　人

3. 事業所番号：4 9 0 0 − 1 2 3 4 5 6 − 7

4. 設置年月日：5（3 昭和 4 平成 5 令和）元号 − 0 2 年 0 6 月 2 1 日

5. 廃止年月日：5（元号）− 0 7 年 0 7 月 3 1 日

6. 廃止区分：4

7. 統合先事業所の事業所番号：4 9 0 0 − 9 8 7 6 5 4 − 3

8. 統合先事業所の設置年月日：4（3 昭和 4 平成）元号 − 2 5 年 0 2 月 2 2 日

（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。）

9. 事業所	（フリガナ）所在地	トウキョウトネリマクカミシャクジイ 東京都練馬区上石神井４－８－４
	（フリガナ）名称	カブシキガイシャ　コヨウホケン　カミシャクジイシテン 株式会社　雇用保険　上石神井支店

10. 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	11. 廃止理由
	5 0	1	1 2	3 4 5 6 7 8	0 0 0	事業所の統合

上記のとおり届けます。

令和　7　年　8　月　5　日

池袋
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
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　-5253　-1111

※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	郵便番号	

備考	※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者

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・提出代行者・事務代理者の表示	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。）

(14) 2016.1

4　労働保険料の申告・納付に関係す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 31640　※修正項目番号

①下記のとおり継続事業の一括に係る｛新規・認可の追加・認可の取消｝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	43101000001－000（項1）
②申請年月日（元号：令和は9）	元号 9 － 年 7 － 月 7 － 日 1（項2）	
④所在地	熊本市西区春日2-10-1	郵便番号 860-8514
⑥保険関係成立区分	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	⑦事業の種類（労災保険率表による） 小売業
⑤名称	株式会社 雇用商会	電話番号 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	⑧労働保険番号	府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号	43106000011－000（項3）
	※認可コード（項4）	※管轄(2)（項5）	⑨整理番号（項6）
	⑩所在地	菊池市隈府771-1	郵便番号 861-1331
	⑪保険関係成立区分	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	⑫事業の種類（労災保険率表による） 小売業
	⑩名称	株式会社 雇用商会 菊池支店	電話番号 0968-24-8609
2	⑬労働保険番号	府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 －（項7）	
	※認可コード（項8）	※管轄(2)（項9）	⑭整理番号（項10）
	⑮所在地		郵便番号
	⑯保険関係成立区分	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	⑰事業の種類（労災保険率表による）
	⑮名称		電話番号
3	⑱労働保険番号	府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 －（項11）	
	※認可コード（項12）	※管轄(2)（項13）	⑲整理番号（項14）
	⑳所在地		郵便番号
	㉑保険関係成立区分	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	㉒事業の種類（労災保険率表による）
	⑳名称		電話番号
4	㉓労働保険番号	府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 －（項15）	
	※認可コード（項16）	※管轄(2)（項17）	㉔整理番号（項18）
	㉕所在地		郵便番号
	㉖保険関係成立区分	(イ)労災・雇用 (ロ)労災 (ハ)雇用	㉗事業の種類（労災保険率表による）
	㉕名称		電話番号

※認可・取消年月日（元号：令和は9）　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. 認可の取消し

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）

(3.3)

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　　副

1. 労働保険番号	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号	2. 雇用保険事業所番号
	49	1	12	345678	000	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	明大㊞　60年　9月　20日	明大㊞　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	令和　7年　8月　1日	令和　7年　7月　31日
8. 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。
令和　7　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　雇用太郎
（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

〔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がない届名は、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いとき

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）**
  「事業所非該当承認申請調査書」
- 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。ただし、雇用保険関係事務の適正な取扱いの妨げとなることが明らかである場合は、この限りではありません。お近くのハローワークへご相談下さい。

事業所非該当承認基準

① 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。
② 健康保険、労災保険等他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。
③ 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　いる・いない
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 所掌 管轄 基幹番号 枝番号
③施設の設置年月日	令和 7 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　いる・いない
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	5（うち被保険者数 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
⑬申請理由	当該施設は営業社員のみであり、人事経理との独立性がないため。		

2．事業所

⑭事業所番号	1234-567890-0	⑱従業員数	120（うち被保険者数 120）
⑮名称	株式会社 雇用保険	⑲適用年月日	平成 20 年 4 月 1 日
⑯所在地	〒400-0851 甲府市住吉 1-17-5 電話（055）233-6060	⑳管轄公共職業安定所	甲府 公共職業安定所
⑰事業の種類	保険事業	㉑備考	

上記１の施設は、一の事業所として認められませんので承認されたく申請します。
令和 7 年 4 月 5 日
熊本公共職業安定所長殿

事業主（又は代理人）　住所 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

（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。

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者の表示	氏名	電話番号

※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：・場所的な独立性 有・無 ・事務処理能力 有・無 ・経営上の独立性 有・無 ・その他［ ］ ・施設としての持続性 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 適・否					
承認・不承認					
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。

⑱「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。

事業所非該当承認申請調査書の記入例

事業所非該当承認申請調査書

① 当該施設の名称	株式会社 雇用保険　熊本支店		
② 当該施設の代表者	（役職） 部長	（氏名） 熊本 三郎	
③ 当該施設の事業内容	保険事業 （労働者派遣事業） 行っている ・ (行っていない) （労働者派遣事業の許可又は届出の有無） している ・ (していない) ・ 申請中		
④ 当該施設の人事組織	役職・職種等（雇用保険被保険者以外の労働者を含む）　※職名毎に具体的に記載すること。（例 所長：1名、営業：3名、事務：2名） 部長 ： 1 名　　： 名　　合計 3 名 事務員 ： 2 名　　： 名　　（うち常駐役員 0 名） ： 名　　： 名		
⑤ 当該施設の人事権	1 当該施設にある ・ 2 当該施設に一部ある（常用、パート、臨時、その他） ・ (3) 当該施設に無し ※「2 当該施設に一部ある」の場合、その内容 募集 ・ 面接 ・ 採用 ・ 配置 ・ 解雇 ・ 懲戒 ・ その他（　　） 最終決定権（ 当該施設 ・ 事業所 ）		
⑥ 経営の状況	指導監督権	1 事業所　2 当該施設　(3) その他（ 本社 ）	
	業務計画（企画・立案）	1 事業所　2 当該施設　(3) その他（ 本社 ）	
	当該施設代表者の責任範囲	1 当該施設全体　2 当該施設の一部　(3) その他（ 本社 ） ※「1当該施設全体」、「2当該施設の一部」の場合、その内容（　　）	
⑦ 経理の状況	出退勤の管理	1 事業所で把握　2 施設で把握、事業所に報告 3 施設で把握　(4) その他（ 施設に端末を設置、本社で把握・承認 ）	
	休暇、遅刻、早退、欠勤の管理	1 事業所で確認及び承認　2 施設で確認、事業所で承認 3 施設で確認及び承認　(4) その他（ 施設に端末を設置、本社で把握・承認 ）	
	所定外労働の管理	1 事業所で指示及び承認　2 施設で指示、事業所で承認 3 施設で指示及び承認　(4) その他（ 部長が判断、本社で承認 ）	
	賃金計算	1 事業所　2 当該施設　(3) その他（ 本社 ）	
	賃金支払	1 事業所　2 当該施設　(3) その他（ 本社 ）	
⑧ 労働保険の適用状況（当該施設での適用の有無）	1 あり → Ⅰ 施設独自で適用　Ⅱ 継続一括認可済　Ⅲ 継続一括認可申請中 (2) なし　Ⅳ 継続一括認可申請予定　Ⅴ その他（　　）		
⑨ 施設としての持続性	(1 無期) ・ 2 有期（自　　年　　月　　日 ～ 至　　年　　月　　日）		
⑩ 他の施設の取扱状況	都道府県内　0　ヶ所 （うち既承認数　0　ヶ所）	都道府県外　3　ヶ所 （うち既承認数　3　ヶ所）	
⑪ 備考			

安定所の意見	1 承認可 2 承認不可　（理由　　）		
調査年月日	令和　　年　　月　　日	調査者	

※記入上の注意
③、⑤～⑨欄：該当するものを○で囲むこと。

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。

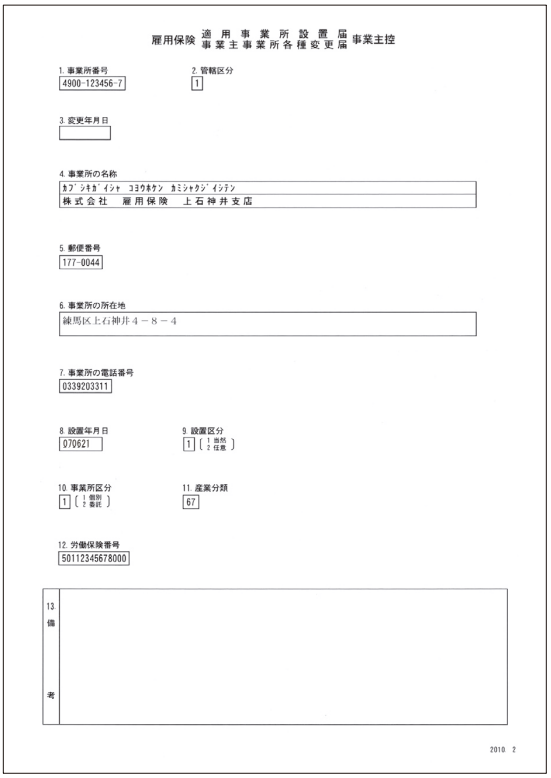
××	×	××	××××××	×××
（府県）	（所掌）	（管轄）	（基幹番号）	（枝番号）

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）（ﾁｪｯｸﾃﾞｨｼﾞｯﾄ）



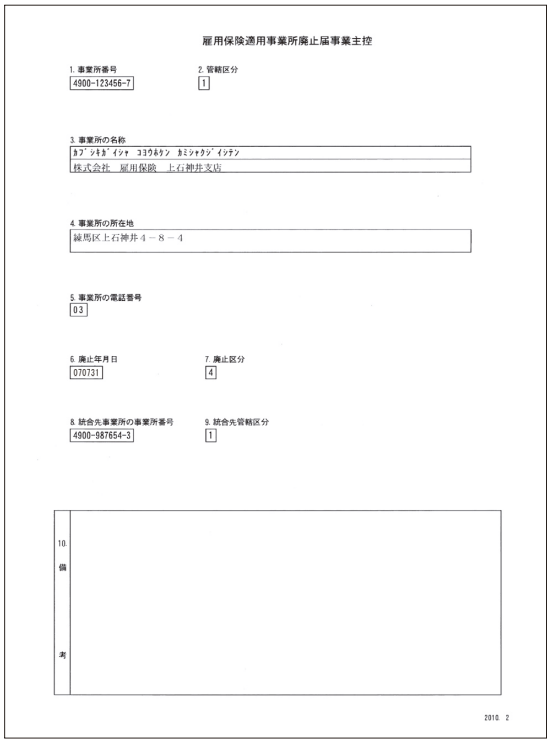
雇用保険 適用事業所設置届 事業主事業所各種変更届 事業主控

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
カﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ ｺｳﾖｳﾎｹﾝ ｶﾐｲｼｬｸｼﾞｲﾝﾃﾝ
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 070621
9. 設置区分 1 (1 当初 2 任意)
10. 事業所区分 1 (1 個別 2 委託)
11. 産業分類 67
12. 労働保険番号 501123456780000
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（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. 事業所番号 4900-123456-7
2. 管轄区分 1
3. 事業所の名称
カﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ ｺｳﾖｳﾎｹﾝ ｶﾐｲｼｬｸｼﾞｲﾝﾃﾝ
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 070731
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、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○○市から○○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・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 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。労災保険については、移転後の住所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。

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。