

【派遣先】

宮城〇〇株式会社

【派遣元】

仙台〇〇株式会社

派遣労働者通知書

令和〇年5月20日付の個別労働者派遣契約に基づき次の者を派遣しますので、所定の事項を下記のとおり通知します。

【派遣対象業務】 商品発送補助業務

氏名	性別	年齢に関する事項	60歳以上であるか否か	雇用期間	協定対象派遣労働者であるか否か	社会保険及び雇用保険の被保険者資格取得届の行政機関提出の有無		未加入の具体的理由
						健康保険	厚生年金保険 雇用保険	
〇〇 〇〇	男・女	<input type="checkbox"/> 18歳未満(歳)	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 60歳未満	<input checked="" type="checkbox"/> 有期雇用 (6か月契約) <input type="checkbox"/> 無期雇用	<input checked="" type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者 (労使協定方式) <input type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者でない (派遣先均等・均衡方式)	健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
		厚生年金保険				<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
		雇用保険				<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		
〇〇 〇〇	男・女	<input type="checkbox"/> 18歳未満(歳)	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 60歳未満	<input type="checkbox"/> 有期雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 無期雇用	<input checked="" type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者 (労使協定方式) <input type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者でない (派遣先均等・均衡方式)	健康保険	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	加入準備中(今月中には届出)
		厚生年金保険				<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同上	
		雇用保険				<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同上	
〇〇 〇〇	男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 18歳未満(17歳)	<input type="checkbox"/> 60歳以上 <input checked="" type="checkbox"/> 60歳未満	<input checked="" type="checkbox"/> 有期雇用 (2か月契約) <input type="checkbox"/> 無期雇用	<input checked="" type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者 (労使協定方式) <input type="checkbox"/> 協定対象派遣労働者でない (派遣先均等・均衡方式)	健康保険	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	1週間の所定時間が20時間未満
		厚生年金保険				<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	1週間の所定時間が20時間未満	
		雇用保険				<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	1週間の所定時間が20時間未満	

(備考)

【注意事項】

- ※ 労働者派遣契約に定める派遣労働者の就業条件の内容の組合せが複数である場合には、その組合せごとに所要事項を通知すること。
- ※ 年齢は18歳未満の場合は年齢を記載し、45歳以上、60歳以上、60歳未満の場合はそれぞれ該当箇所にチェックすること。
- ※ 派遣労働者に係る健康保険、厚生年金保険、雇用保険の被保険者資格取得届の提出の有無(施行規則第27条の2)
「無」の場合は、当該書類が提出されていない具体的な理由を付して派遣先に通知しなければならない。

「無」の具体的な理由としては、適用基準を満たさない場合は、「雇用契約期間が6週間であり、引き続き雇用される見込みがないため」、「1週間の所定労働時間が15時間であるため」等適用基準を満たしていないことが具体的にわかるものであること。また、被保険者資格の取得届出の手続き中である場合には、「現在、必要書類の準備中であり、今月の〇日には、届出予定」等と手続きの具体的な状況を記載すること。この場合、資格取得後その旨を派遣先に通知すること。

なお、健康保険、厚生年金保険、雇用保険に加入させたい労働者派遣を行うとき又は労働者派遣の開始後、加入手続中の派遣労働者の資格取得届が提出されたときは、派遣元事業主は被保険者証の写し等の加入させていることがわかる資料を派遣先に提示又は送付すること。(原則として、労働者本人の同意を得ること。)

【派遣労働者通知書(派遣先への通知)の補足事項】

通知する派遣労働者の就業条件の内容がその労働者派遣に係る労働者派遣契約の就業条件と異なる場合、「労働者派遣の期間及び就業する日」、「派遣就業の開始及び終了の時刻並びに休憩時間」、「派遣元責任者及び派遣先責任者に関する事項」、「時間外労働、休日労働に関する事項」、「便宜供与に関する事項」の就業条件の内容を備考欄等に記載してください。