

派遣先への通知

令和〇年〇月〇日

(派遣先)

〇〇〇〇株式会社 御中

(派遣元)

△△△△株式会社

労働者派遣契約に基づき、次の労働者を派遣します。

派遣労働者氏名	〇〇 〇〇	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	<input type="checkbox"/> 18歳未満 ()歳 <input type="checkbox"/> 45歳以上 60歳未満 <input type="checkbox"/> 60歳以上 <input type="checkbox"/> いずれも該当せず		
無期雇用か 有期雇用かの別	<input type="checkbox"/> 無期雇用派遣労働者 <input type="checkbox"/> 有期雇用派遣労働者 (〇か月契約)		
協定対象派遣労働者 であるか否かの別	<input 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はない (派遣先均等・均衡方式)		
雇用保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合はその理由を記載 (現在、被保険者資格の取得届の必要書類の準備中であり、今月〇日には届出予定) ※手続きが完了したら再度完了した旨通知すること。		
健康保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合はその理由を記載 ()		
厚生年金保険	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合はその理由を記載 ()		
各種保険の被保険者資格取得届の 確認資料	確認書類 (別添、被保険者証の写し等のとおり) ※被保険者証の写し等の加入させていることが分かる資料を派遣先に提示又は送付すること。 ※健康保険の場合は、以下のいずれかを派遣先に提示。 <u>ただし、健康保険の保険者番号及び被保険者等記号・番号は黒塗りすること。</u> ①マイナポータル上の医療保険資格情報を保存したもの ②資格確認書の写し ③資格情報のお知らせの写し ④健康保険の加入者の氏名・保険者名・資格取得年月日の情報等の加入させていることがわかる資料 (例) 氏名 : 〇〇 〇〇 保険者名 : 全国健康保険協会〇〇支部 資格取得年月日 : 〇年〇月〇日		