

### 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。

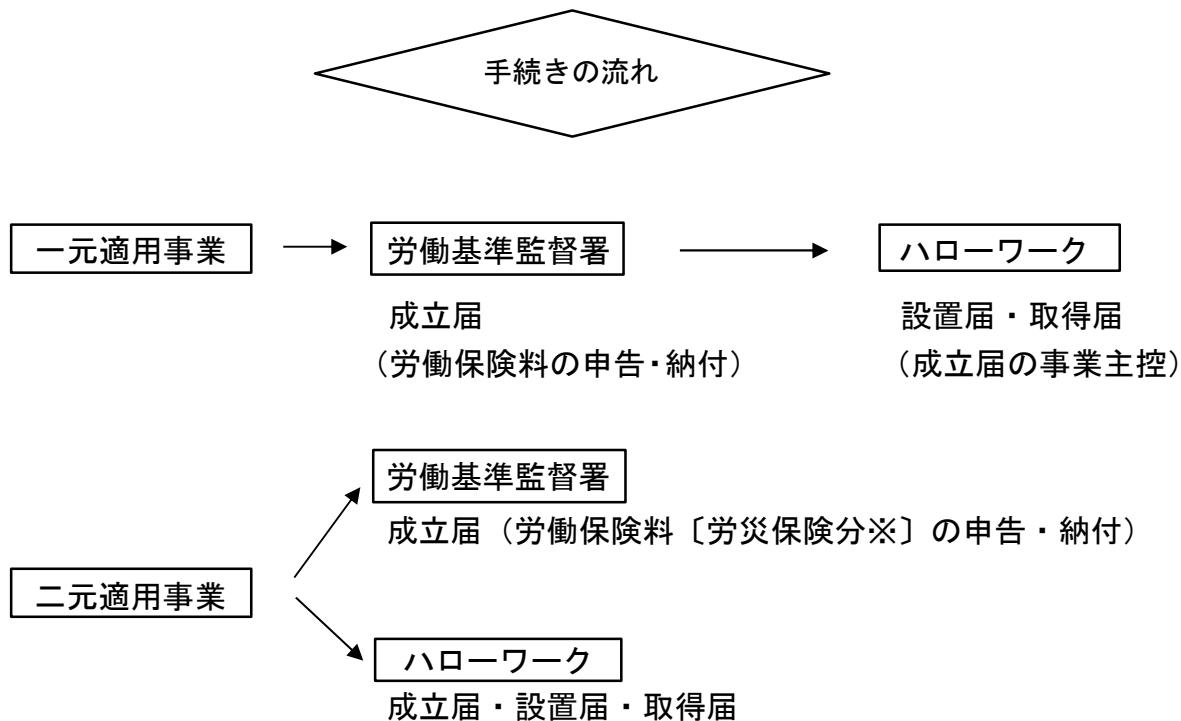
なお、**雇用保険に関する各種提出書類**については、ハローワークにて配付しているほか、ハローワークインターネットサービスからダウンロードできます。詳しくは、下記でご確認ください。各種提出書類を印刷する場合は、A4の白色用紙に等倍（倍率100%）で印刷してください。

ハローワークインターネットサービス 帳票一覧



(<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



※労災保険分について、業態によっては提出が不要な場合があるので、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へご相談ください。

## (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
- 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。
  - 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。

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 労働者名簿（労働基準法第 107 条）<ul style="list-style-type: none"><li>○ 氏名・生年月日・住所</li><li>○ 雇入れ年月日</li><li>○ 解雇又は退職の年月日及びその事由</li><li>○ 従事する業務の種類など</li></ul></li><li>● 出勤簿又はタイムカード</li><li>● 社会保険や労働（労災・雇用）保険の各種手続の事業主控</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>● 賃金台帳（労働基準法第 108 条）<ul style="list-style-type: none"><li>○ 賃金総額と各種控除額</li><li>○ 基本給と諸手当の内訳</li><li>○ 賃金計算期間</li><li>○ 労働日数・時間数など</li></ul></li><li>● 就業規則・給与規定（労働基準法第 2 条、第 15 条、第 89 条）</li><li>● 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</li></ul> |
|--|--|

## 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、または労働基準監督署で記入しますので記入しないでください。

記入すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には、該当事項を○で囲み、※印のついた欄又は記入枠には記入しない。

②「保險關係成立年  
月日」

- ・⑥欄の年月日を記入してください。

その年度における一日平均使用労働者数（延使用労働者数（臨時及び日雇を含む。）を所定労働日数で除したもの）を記入する。

#### ②「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。

②「事業」

- ・労働保険番号を成立させる事業場（労働者が実際に働く場所）を記入してください。

法人の場合は本社所在地及び名称を、個人事業の場合は事業主の住所及び氏名を記入する。すでに同一事業の一括の認可を受けている事業主の場合は、当該一括にかかる指定事業の所在地

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

事業場（労働者が実際に働く場所）を記入してください。

---

⑤「労働保険成立日」

- 労働保険の適用年月日となつた年月日を記入してください。

#### ⑥「勞動保險成立日」

- ・ 労働保険の適用年月日とな  
った年月日を記入してくだ  
さい。

17 18 19 20 「事業所」

- ・主たる事務所の所在地及び名  
称を記入してください。  
・個人事業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「一」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に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。

事業主氏名欄

- ・法人名、役職、代表者氏名（個人事業主の場合は氏名のみで可）を記入してください。

 法人番号(国税庁から通知される  
13桁の番号)を記入してください。  
個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」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

①「労働保険番号」

- ・「労働保険保険関係成立届」を労働基準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〕欄  
保険料算定基礎額の見込額は、  
保険契約成立の日から保険年付末（令和8年3月31日）までの期間内に支払う賃  
金額の目込額を、1,000円未満の端数を切り捨てて記入します。

〔② 期別納付額〕欄  
各期の納付額を記入します。

㉗「特掲事業」

・「特掲事業」にあたる事業は  
(イ) を〇で囲み、それ以外の事業は(口)を〇で囲んでください(特掲事業に該当する事業は33ページ参照)

**[④] 加入している労働保険**欄  
労働保険に加入しているときは、(イ)を、労働保険のみに加入しているときは、(ロ)を、雇用保険のみに加入しているときは、(ア)を、雇用保険のみに加入しているときは、(乙)を○で囲みます。

⑩「法人番号」

- ・ 法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。
- ・ 個人事業主の場合、13桁すべてに「0」を記入してください。

〔⑦〕 病納の申請 摘

## ④「事業又は作業の種類」

「**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。

②「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。

## 労働保険概算保険料申告書（二元適用事業）の記入例

## 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。(安定所に「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。

㉗「特掲事業」

- ・「特掲事業」にあたる事業は(イ)を○で囲み、それ以外は(ロ)を○で囲んでください(特掲事業に該当する事業は33ページ参照)。

## ⑯「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

③1 「法人番号」

- ・法人番号(国税庁から通知される13桁の番号)を記入してください。
  - ・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

⑧⑩⑪⑫⑬⑭の(口)欄の金額の前に「Y」記号を付さないで下さい。

## 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。

**㉓「保險關係成立年月日」**

- ・「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。

## 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)  
※ 事業所番号

**備考欄**

1. 備考欄

2. 事業所の名称(カタカナ)  
カフ"シキカ"イシャコヨウホケンイケフ"クロシテ

3. 事業所の名称(漢字)  
株式会社雇用保険池袋支店

4. 事業所の所在地(漢字)※市・区・都及び町村名  
豊島区東池袋

5. 事業所の所在地(漢字)※丁目・番地  
○一△一×○

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-XXXX-0000-0000

7. 設置年月日  
50070401 (3昭和4平成)  
元号 年 月 日

8. 労働保険番号  
49100012345000

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. 台帳保管区分  
□ (1) 日雇被保険者のみの事業所  
□ (2) 船舶所有者

13. 事業主  
(法人のときは代表者の氏名)  
住 所 (個人のときは本拠地の事務所の住所地)  
(フリガナ) トウキョウトヨダクサミガセキ  
東京都千代田区霞が関○一△一△  
名 称 株式会社 雇用保険  
(フリガナ) ダイヒョウトリマリヤク コヨウ タロウ  
氏 名 代表取締役 雇用 太郎

14. 事業の概要  
(事業の場合は船舶の総トン数を記入すること)

15. 事業の開始年月日  
令和7年 4月 1日

※ 事業の  
16. 施止年月日  
令和 年 月 日

17. 時常使用労働者数

18. 雇用保険被保険者数  
一般  
日雇

19. 賃金支払関係  
賃金締切日  
賃金支払日

20. 雇用保険担当課名

21. 社会保険加入状況  
厚生労働省

記のとおり届けます。  
飯田橋公共職業安定所長 殿  
令和 7年 4月 5日

1 「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」

- ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。

## 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瞭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、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記入してください。

「事業所の所在地（漢字）」2行目  
二段及び平地の1を右記して記

- ・丁目及び番地のみを左詰めで記入してください。  
また、所在地にビル名又はマンション名等が  
入る場合は3行目に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。)

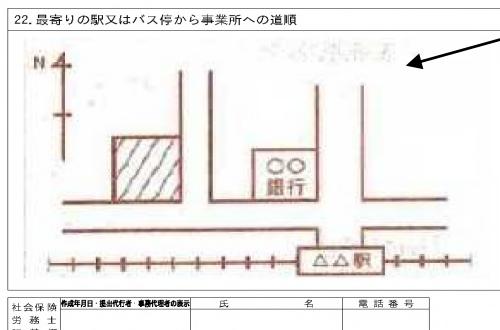
8 「勞動保險番號」

- ・労働保険関係成立届を労働基準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。

8 「勞動保險番號」

13. 事 業 主	(フリガナ) 住 所 (法人のときは本店の 事務所の所在地)	トウキヨウトチヨダクカスミガセキ 東京都千代田区霞が関一〇一△一△	17. 常時 使用 労働者 数			
	(フリガナ) 名 称	カブシキガイシャ コヨウケン 株式会社 雇用保険	18. 雇用 保険 被保険者 数	一 般	100 人	
	(フリガナ) 氏 名 (法人のときは代表者の氏名)	ダイヒヨウトリシマリヤク コヨウ タロウ 代表取締役 雇用 太郎		日 署	0 人	
14. 事 業 の 概 要	保険業	19. 貨 金 支 払 関 係	賃金締切日	15 日		
(事業の場合は活動の 総トン数を記入すること)			賃金支払日	(当) 翌月 25 日		
15. 事 業 の 開 始 年 月 日	令和 7 年 4 月 1 日	※ 事 業 の 16. 废 止 年 月 日	令 和 年 月 日	20. 雇用 保険 担 当 講 名	総務課 総務係	
備 考			21. 社 会 保 险 加 入 状 況	健康保険 厚生年金保険 労災保険		
	※ 所 長	次 長	課 長	係 長	係 員	操 作 者

※ 裏面も忘れずに記入してください！



勞動保險專務組合記載冊

孟布托

### 名 称

代表者氏名

委託開始 年 月 日

#### ・事業所への道順（略図）

欄がありますので、忘れずに入れてください。

## 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 二元適用事業は、雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワークへ、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。
- 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、雇用保険事業主事業所各種変更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、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。**

### 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

雇用保険については、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、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

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	
下記のとおり変更事項に変更があったので届けます。	
種別 31604	
労働基準監督署長 殿 公共職業安定所長	
郵便番号 13103296872-000	
住所（カナ） イケノハタ 住所（漢字） 池之端 郵便番号 110-X-△△△△ 住所（カナ） 台東区 住所（漢字） 台東区 郵便番号 03-8261-X-XX 住所（カナ） 池之端 住所（漢字） 台東区 郵便番号 03-8261-X-XX	
①事業主名又は ②事業者名 ③事業の種類 ④事業予定期間 ⑤事業者名 ⑥事業者名 ⑦事業の種類 ⑧変更理由	
令和7年 4月 1日	
住所又は 所在地 3-X-X 郵便番号 110-XXXX 所在地 台東区東上野3-X-X 電話番号 03-3828-XXXX 名 称 事 業 の 種 類 年 月 日 か ら 年 月 日 ま で 台東区池之端 2-X-X 名 称 事 業 の 種 類 台東区池之端 2-X-X 電話番号 03-8261-XXXX 名 称 事 業 の 種 類 所在地移転のため	
⑨事業終了予定期月日（元号：令和は9） 元号 - □□年 - □□月 - □□日 ⑩変更後の労働保険番号 府県 所掌 管轄(1) 基幹番号 枝番号 ⑪変更後の事業所番号 - ⑫事業種類区分 専業 業 少需要分類 少特需コード 少片保険理由コード 少データ指示コード 少再入力区分 ⑬修正項目（漢字・カナ） ⑭修正項目（漢字） ⑮法人番号 事業主 住所 台東区池之端 2-X-X 株式会社○○○○ 氏名 代表取締役 ○○○○ (法人のときはその名称及び代表者の氏名)	

## 雇用保険事業主事業所各種変更届の記入例

※ 裏面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。

公文写作与应用 59

版 住 所  
事業主 名 称  
氏 名

令和 年 月 日

所在地

名称

代表者氏名

委託開始 年 月

委託解除 紋和 年 月

### 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起算して 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人」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

**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。

**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期間に使用した労働者にかかる賃金総額（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。

**⑪「法人番号」**

・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。  
・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

**⑫「事業廃止等理由」**

・該当する理由に「○」を付けてください。

**概算・増加概算・確定保険料申告書  
一般拠出金**

申告書直送

下記のとおり申告します。

機別 2700 ※修正項目番号 1 项1  
 所有者番号 X101012567-891 项2  
 基本番号 156 项3  
 技術番号 137 项4  
 令和7年6月13日 项5  
 あて先 〒  
 事業廃止等理由  
 業種区分  
 管轄(2) 保険料額等 業種 茶葉分類  
 事業種別 拠出金額  
 保険料額 拠出金額  
 例: 1000分の(1) 17.50 1000分の(1) 955484  
 1000分の(2) 3.00 1000分の(2) 170295  
 1000分の(3) 14.50 1000分の(3) 785189  
 1000分の(4) 0.02 1000分の(4) 1135  
**労働保険特別会計歳入徴収官署**

算定期間 令和7年4月1日から 令和7年6月1日まで  
 ⑦ 確定期間区分 ⑧ 保険料・一般拠出金算定基礎額 ⑨ 保険料・一般拠出金額 ⑩ 確定期間区分・一般拠出金額 (⑧×⑨)  
 労働保険料 (イ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 17.50 955484  
 1000分の(1) 11 千円  
 労災保険分 (ロ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 3.00 170295  
 1000分の(2) 13 千円  
 雇用保険分 (ホ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 14.50 785189  
 1000分の(3) 18 千円  
 一般拠出金 (ヘ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 0.02 1135  
 1000分の(4) 35 千円  
 ⑪ 算定期間区分 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 百 十 万 千 百 十 万 千 百 20 1000分の(1) 21  
 1000分の(1) 20 千円  
 労災保険分 (ロ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 23 1000分の(2) 23  
 1000分の(2) 23 千円  
 雇用保険分 (ホ) 千 百 十 万 千 百 十 万 千 百 27 1000分の(3) 27  
 1000分の(3) 27 千円  
 事業主の耳便番号(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 延納の申請番号(記入欄)  
 - 28 - 29 - 30  
 事務局区分 ⑰ 増算対象区分 ⑱ 増算料率コード ⑲ 増算入区画 ⑳ 増算修正項目 ⑳ 增算料率(⑰×⑱)  
 31 32 33 34 35 36  
 ⑪⑫⑬⑭の(ロ)欄の金額の前に「Y」記号を付さないで下さい。  
 申告済概算保険料額 529,083 円  
 (イ) (⑩の(1)) (ハ) (⑩の(2)) (カ) (⑩の(3)) (キ) (⑩の(4))  
 当初額 不足額 426,401 円  
 (ロ) (1000分の(1)) (リ) (1000分の(2)) (ル) (1000分の(3)) (ル) (1000分の(4))  
 拠出額 426,401 円  
 (イ) (概算保険料額+次期以降の年末差額) (ロ) (労働保険料分のみ) (カ) (不足額(カ)の(ハ))  
 (カ) (1000分の(1)+⑩の(1)) (ロ) (1000分の(2)+⑩の(2)) (カ) (1000分の(3)+⑩の(3)) (カ) (1000分の(4)+⑩の(4))  
 (リ) (労災保険料額) (リ) (雇用保険料額) (カ) (1000分の(1)+⑩の(1)) (カ) (1000分の(2)+⑩の(2))  
 (ル) (1000分の(3)+⑩の(3)) (ル) (1000分の(4)+⑩の(4))  
 第2期 第3期  
 事業又は作業の種類 卸売業・小売業  
 事 業 主  
 法人番号 100-XXXX (3) XXX XXXX  
 (イ) 住 所 東京都千代田区霞が関1-X-X  
 (ロ) 名 称 株式会社雇用  
 (ハ) 氏 名 代表取締役 雇用太郎  
 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

⑫ 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

## 雇用保險適用事業所廃止届

雇用保険適用事業所廃止届										
(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)										
帳票種別		標準字体								
14002		0123456789								
3.事業所番号		※2. 本日の資格喪失・転出者数 人								
4900-345678-9										
5.廃止年月日		4-251001 (3 昭和 4 平成) 年 月 日								
6.廃止区分		7.統合先事業所の事業所番号								
5-070331 (4 平成) 元号 年 月 日		1								
8.統合先事業所の設置年月日		□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成) 元号 年 月 日								
9.事業所		1 「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」 ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。								
(フリガナ) 所在地		トウキヨウトハチオウジシコヤスマチ 東京都八王子市子安町○一△一〇								
(フリガナ) 名称		カブシキガイシャ ヨコウホケン ハチオウジシテン 株式会社 雇用保険 八王子支店								
10.労働保険番号		府 縦 所掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号	11. 廃止理由	事業所の廃止			
49100345678000										
上記のとおり届けます。										
令和 7 年 4 月 4 日										
八王子公共職業安定所長 殿 事業主										
住 所 東京都千代田区霞が関○一△一△										
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 -0000 -0000										
6 「廃止区分」										
次の区分にしたがって、該当する番号を記載してください。										
事業所の廃止 ······ 「1」										
保険関係消滅認可、 任意加入認可の撤回 ······ 「2」										
事業所非該当の承認 ······ 「3」										
事業所の統合に伴う廃止 ······ 「4」										
郵便番号										
- - - - -										
備考		※ 所長	次長	課長	係長	係長	操作者			

(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。)

2021, 9

#### 4 労働保険料の申告・納付に関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續をする事業所の単位は変更されません。**

##### 継続事業の一括認可基準

- 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。

## 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  認可の取消  
 認可の追加 の申請をします。

③ 労 働 保 険 番 号	府 県 所掌 管轄(1) <b>401010100000</b>	基 駆 番 号 <b>000-000</b>	枝 番 号
		④ 申請年月日(元号: 令和は9) <b>9-07-04-25</b>	
④所在 地	福岡市中央区大名×-×-×		
⑤名 称	株式会社安定所		
郵便番号 <b>4010999999-9999</b>		新規開業成立区分 <input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="checkbox"/> 労 災 <input type="checkbox"/> 雇 用	事業の種類 (労災保険率表による) その他の各種事業
電話番号 <b>×××-××××-××××</b>			

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	③ 労 働 保 険 番 号	府 県 所掌 管轄(1) <b>4010999999-9999</b>	基 駆 番 号	枝 番 号	※認可コード	※管轄(2)	④ 整理番号
					<b>□□□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>
	④所在 地	田川市弓削田×-×-×			郵便番号 <b>×××-××××</b>	新規開業成立区分 <input checked="" type="radio"/> 劳災・雇用 <input type="checkbox"/> 劳 灾 <input type="checkbox"/> 雇 用	事業の種類 (労災保険率表による) その他の各種事業
	⑤名 称	株式会社安定所 田川支店			電話番号 <b>×××-××××-××××</b>		
③ 労 働 保 険 番 号	府 県 所掌 管轄(1) <b>□□□□□□□□□□-□□□□</b>	基 駆 番 号	枝 番 号	※認可コード	※管轄(2)	④ 整理番号	
				<b>□□□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	
④所在 地				郵便番号	新規開業成立区分 <input type="checkbox"/> 劳災・雇用 <input type="checkbox"/> 劳 灾 <input type="checkbox"/> 雇 用	事業の種類 (労災保険率表による)	
⑤名 称				電話番号			
③ 労 働 保 険 番 号	府 県 所掌 管轄(1) <b>□□□□□□□□□□-□□□□</b>	基 駆 番 号	枝 番 号	※認可コード	※管轄(2)	④ 整理番号	
				<b>□□□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	
④所在 地				郵便番号	新規開業成立区分 <input type="checkbox"/> 劳災・雇用 <input type="checkbox"/> 劳 灾 <input type="checkbox"/> 雇 用	事業の種類 (労災保険率表による)	
⑤名 称				電話番号			
③ 労 働 保 険 番 号	府 県 所掌 管轄(1) <b>□□□□□□□□□□-□□□□</b>	基 駆 番 号	枝 番 号	※認可コード	※管轄(2)	④ 整理番号	
				<b>□□□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	<b>□□□□□□□□</b>	
④所在 地				郵便番号	新規開業成立区分 <input type="checkbox"/> 劳災・雇用 <input type="checkbox"/> 劳 灾 <input type="checkbox"/> 雇 用	事業の種類 (労災保険率表による)	
⑤名 称				電話番号			

※認可・取消年月日(元号: 令和は9)  
元号 - □□年 - □□月 - □□日

※データ指示コード

□□

※修正項目  
□□□□□□□□□□□□□□□□□□

1 新規申請  
3 追加の申請  
4 認可の取消し

福岡 労働局長 殿

事業主

住所 福岡市中央区大名×-×-×

株式会社安定所  
氏名 代表取締役 就用太郎

(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

(7.3)

## 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」
  - 一元適用事業は緑色で印刷された書類を使用します。
  - 二元適用事業は茶色で印刷された書類を使用します。
  - 届出書類は5枚1組です。
  - 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 正									
①	府県 管轄 事務番号	基幹番号	枝番号	②	雇用保険 事業所番号	4900-123456-7			
区分	選任代理人				解任代理人				
③ 種名	支店長				支店長				
④ 氏名	労働 小次郎				適用 優子				
⑤ 生年月日	昭和58年 6月 20日				昭和52年 10月 25日				
⑥ 代理事項	雇用保険被保険者関係に関する事務一切				雇用保険被保険者関係に関する事務一切				
⑦ 選任又は解任の年月日	令和7年 10月 21日				令和7年 10月 20日				
⑧ 選任又は解任に係る事業場	所在地	立川市緑町○一△							
	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 10月 21日									
立川 公共職業安定所長 殿									
住所 東京都千代田区麹が谷○一△一△									
事業主 株式会社 雇用保険 代表取締役									
氏名 雇用太郎 (法人のときはその名称及び代表者の氏名)									
社員 会員 被保 険者 登録 登録 登録	被保 険者 登録 登録 登録	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は該当事項を○で差し込むこと。  
2 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、代理事項に変更があったときは、その旨を記すこと。  
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／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場合は、横線を引き抹消すること。

## 6 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、継続事業の一括の認可を受けている事業所については、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。
- 労働者名簿、賃金台帳等が主たる事業所に備え付けられていること。

## 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 就用 土浦支店	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 ・ (いい) い 不 (いい)
②所 在 地	〒 000-0000 土浦市穴戸町○○-△ 電話 ( 0000 ) 00-0000	⑧労働保険番号	府県 労働 管轄 基幹番号 技番号
③施設の設置年月日	令和〇 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 ・ (いい) い 不 (いい)
④事業の種類	保険業	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	3 (うち被保険者数 3 )	⑪管轄 公共職業安定所	土浦 公共職業安定所
⑥事業所番号	1   2   3   4   5   6   7	⑫雇用保険理能の有無	有 ・ 無
⑬申請理由	当該施設は、営業社員のみであり、人事及び経理上の独立性がないため		

#### ⑦⑨⑩⑪欄

- 該当するものを〇で囲んでください。

#### ⑮「従業員数」

- ⑤欄の人数は含めないでください。

#### ⑯「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。

#### 「2. 事業所」

- 上記1の施設に係る事務を行なう事業所について記入してください。

⑭事業所番号	5   0   0   0   1   2   3   4   5   6   7	⑯従業員数	30 (うち被保険者数 30 )
⑮名 称	株式会社 就用 水戸支店	⑰適用年月日	平成〇 年 4 月 1 日
⑯所 在 地	〒 000-0000 水戸市水戸町△△×-○ 電話 ( 0000 ) 00-0000	⑱管轄 公共職業安定所	水戸 公共職業安定所
⑰事業の種類	保険業	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ので承認されたく申請します。

令和〇 年 4 月 6 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（又は代理人） 氏 名 株式会社 就用 代表取締役 就用 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	令和〇年〇月〇日提出代行者の表示	氏 名	電 話 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
--------------------	-------	-----	-----	-----	-----	---

#### 〔注意事項〕

徴収法第9条の規定による継続事業の一括の認可のように、賃金計算等の事務をコンピュータ等により本社等において集中管理するなどの理由により、事務処理の便宜と簡素化を図るために行なうものではなく、また、労働保険料の申告・納付事務を同一企業内の他の事業所に包括するためのものではないことにご留意ください。

## 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) (チェックティッシュット)

雇用保険 適用事業所設置届 事業主控 事業主事業所各種変更届		
1. 法人番号 999999999999	2. 事業所番号 4900-123456-7	3. 管轄区分 <input type="checkbox"/>
4. 変更年月日 <input type="text"/>		
5. 事業所の名称 カワシキカイシヨヨウケン イケフクロシテン 株式会社 雇用保険 池袋支店		
6. 郵便番号 170-8409		
7. 事業所の所在地 豊島区東池袋3-5-13		
8. 事業所の電話番号 0339878609		
9. 設置年月日 R07/6/06	10. 設置区分 <input checked="" type="checkbox"/> (1 既存) <input type="checkbox"/> (2 新規)	
11. 事業所区分 <input checked="" type="checkbox"/> (1 一般) <input type="checkbox"/> (2 特殊)	12. 産業分類 67	
13. 労働保険番号 50112345678000		
14. 備考		

## (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. 法人番号 99999999999999	2. 事業所番号 XXXX-XXXXXX-X	3. 管轄区分 1
4. 事業所の名称 カワキガイシャ コヨウホン ハオカツシテイ 株式会社 雇用保険 八王子支店		
5. 事業所の所在地 八王子市子安町○-△-○		
6. 事業所の電話番号 00-0000-0000		
7. 廃止年月日 R070731	8. 廃止区分 1	
9. 統合先事業所の事業所番号 <input type="text"/>	10. 統合先管轄区分 <input type="checkbox"/>	
11. 備考		

## ○ 適用事業所についての諸手続に関する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。

（「労働保険保険関係成立届」の手続を行った後、または同時に手続を行います。）

### 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△△市へ移転することになりましたので、変更の手続を教えてください。

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起算して10日以内に、「労働保険名称、所在地等変更届」を事業所の所在地を管轄する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確認書類等を添えて「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……

雇用保険については、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、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、手続を行ったハローワークへご相談ください。