

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
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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う場合は、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） | ● 賃金台帳（労働基準法第108条） |
| ○ 氏名・生年月日・住所 | ○ 賃金総額と各種控除額 |
| ○ 雇入れ年月日 | ○ 基本給と諸手当の内訳 |
| ○ 解雇又は退職の年月日及びその事由 | ○ 賃金計算期間 |
| ○ 従事する業務の種類 など | ○ 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まで記入しないでください。

⑭「保険関係成立年月日」
 ・⑥欄の年月日を記入してください。

⑮「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。

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。

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いう。）を記入する。

様式第1号（第4条、第64条、附則第2条関係）(1) (表面)

提出用

令和6年4月8日

労働保険 { 0: 保険関係成立届(継続)(事務処理委託届)
 1: 保険関係成立届(有期)
 2: 任意加入申請書(事務処理委託届)

① 届出番号 31600

② 住所(力大) カシマキ セキ

③ 住所(漢字) 千代田区霞が関

④ 名称(漢字) カシマキ イシャ

⑤ 名称(フリガナ) カシマキョウテン

⑥ 名称(フリガナ) 株式会社 カシマ商店

⑦ 一般労働者数 9

⑧ 短期労働者数 0

⑨ 日雇労働者数 0

⑩ 労働関係成立年月日 9 - 06 - 04 - 01

⑪ 事業開始年月日 9 - 06 - 04 - 01

⑫ 事業終了年月日 (空欄)

⑬ 就業種別 (空欄)

⑭ 労働者数 (空欄)

⑮ 労働者数 (空欄)

⑯ 労働者数 (空欄)

⑰ 労働者数 (空欄)

⑱ 労働者数 (空欄)

⑲ 労働者数 (空欄)

⑳ 労働者数 (空欄)

㉑ 労働者数 (空欄)

㉒ 労働者数 (空欄)

㉓ 労働者数 (空欄)

㉔ 労働者数 (空欄)

㉕ 労働者数 (空欄)

㉖ 労働者数 (空欄)

㉗ 労働者数 (空欄)

㉘ 労働者数 (空欄)

㉙ 労働者数 (空欄)

㉚ 労働者数 (空欄)

㉛ 労働者数 (空欄)

㉜ 労働者数 (空欄)

㉝ 労働者数 (空欄)

㉞ 労働者数 (空欄)

㉟ 労働者数 (空欄)

㊱ 労働者数 (空欄)

㊲ 労働者数 (空欄)

㊳ 労働者数 (空欄)

㊴ 労働者数 (空欄)

㊵ 労働者数 (空欄)

㊶ 労働者数 (空欄)

㊷ 労働者数 (空欄)

㊸ 労働者数 (空欄)

㊹ 労働者数 (空欄)

㊺ 労働者数 (空欄)

㊻ 労働者数 (空欄)

㊼ 労働者数 (空欄)

㊽ 労働者数 (空欄)

㊾ 労働者数 (空欄)

㊿ 労働者数 (空欄)

事業主氏名 (法人のときはその代表者及び代表者の氏名)
 株式会社 カシマ商店
 代表取締役 千代田カシマ

① 事業主氏名 (フリガナ) 株式会社カシマ商店
 代表取締役 千代田カシマ

② 所在地 千代田区霞が関 1-X-X
 株式会社カシマ商店
 〒100-XXXX

③ 事業の種類 卸売業・小売業

④ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑤ 雇用保険被保険者数 9人

⑥ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑦ 実収金額の見込額 34,095 千円

⑧ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑨ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑩ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑪ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑫ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑬ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑭ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑮ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑯ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑰ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑱ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑲ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

⑳ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉑ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉒ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉓ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉔ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉕ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉖ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉗ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉘ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉙ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉚ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉛ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉜ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉝ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉞ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㉟ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊱ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊲ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊳ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊴ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊵ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊶ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊷ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊸ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊹ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊺ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊻ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊼ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊽ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊾ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

㊿ 労働関係成立年月日 (労働) 9年4月1日
 (雇員) 9年4月1日

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。
 ※すでに継続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及び名称を記入する。

製造工程又は作業内容及び製品名等の事業の内容を具体的に記入する。

その年度における一か月平均雇用保険被保険者数のうち一般被保険者数と短期雇用特別被保険者数の合計を記入する。

保険関係が成立した日から保険年度末までの期間に使用する労働者にかかり賃金総額の見込額を記入する。

⑰⑱⑲⑲「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。

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」

「労働保険関係成立届」を労働監督署に提出すると労働番号振りが割り当てられるので、その番号を記入してください。

① 保険料算定基礎額の見込額欄
保険関係成立の日から保険年度末（令和7年3月31日）までの期間内に支払う賃金総額の見込額を、1,000円未満の端数を切り捨てて記入します。

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
労働関係継続方法 一般拠出金

標準字 0123456789
提出用
令和6年 4月 15日
あて先 〒

① 労働保険関係成立日(元号：令和3) ② 事業開始日(元号：令和3) ③ 労働保険関係成立日(元号：令和3)

区分	算定期間	年月日から	年月日まで	④ 概算・増加概算保険料額(②×③)
労働保険料	(イ)			580,925
労災保険分	(ロ)			102,285
雇用保険分	(ハ)			478,640
一般拠出金	(ニ)			

④ 延納の申割 納付回数 1回

④ 概算・増加概算保険料額欄
⑤ 保険料算定基礎額の見込額欄に、⑥ 保険料率を乗じて得た額を、1円未満の端数を切り捨てて記入します。なお、(イ)及び(ロ)に記入した場合はその合計額を、(イ)又は(ロ)のどちらか一方に記入した場合はその額を(イ)に記入します。

③「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。

②「保険関係成立年月日」
・「労働保険関係成立届」の⑥欄の日を記入してください。

② 期別納付額欄
本期の納付額を記入します。なお各期納付額は次のようにして算出します。
概算保険料額(「①」欄の(イ)の額)を④の納付回数で除し、その額に1円又は2円の端数があるときは、その端数を1期に加算して「②」欄の(イ)の概算保険料額(1期分欄)に記入し、端数がなくなった額を2期分、3期分(納付回数が2回の場合は2期のみ)を「②」欄の(ロ)、「③」のそれぞれの該当欄に記入します。

⑤ 期中済算保険料額

⑥ 期中済算保険料額

⑦ 延納の申請欄
納付すべき概算保険料が40万円(労災保険又は雇用保険に係る保険関係のみ成立している事業にあつては20万円)以上で、延納を希望する場合には、保険料の納付回数記入します。
延納の方法は、保険関係成立の日が4月1日から5月31日までのときは3回、6月1日から9月30日までのときは2回となり、10月1日以降のときは延納は認められません。なお、延納する場合、2期、3期の額に1円又は2円の端数があるときはその額を最初の期に合算します。

⑧ 事業又は作業の種類
卸売業・小売業

⑨ 労働関係成立年月日
令和6年4月1日

⑩ 事業主の住所
東京都千代田区豊が関1-X-X

⑪ 事業主の名称
株式会社カスミ商店

⑫ 代表取締役
千代田カスミ

⑬ 社会保険
労働者 労務士 記載欄

⑦ 延納の申請欄
納付すべき概算保険料が40万円(労災保険又は雇用保険に係る保険関係のみ成立している事業にあつては20万円)以上で、延納を希望する場合には、保険料の納付回数記入します。
延納の方法は、保険関係成立の日が4月1日から5月31日までのときは3回、6月1日から9月30日までのときは2回となり、10月1日以降のときは延納は認められません。なお、延納する場合、2期、3期の額に1円又は2円の端数があるときはその額を最初の期に合算します。

⑤「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。

⑦「特掲事業」

「特掲事業」にあたる事業は(イ)を○で囲み、それ以外の事業は(ロ)を○で囲んでください(特掲事業に該当する事業は79ページ参照)

⑧ 加入している労働保険欄
労災保険と雇用保険の両保険に加入しているときは(イ)と(ロ)を、労災保険のみ加入しているときは(イ)を、雇用保険のみ加入しているときは(ロ)を○で囲みます。

領収済通知書(労働保険 国庫金)

取替番号 30840

① 労働保険関係成立日(元号：令和3) ② 事業開始日(元号：令和3) ③ 労働保険関係成立日(元号：令和3)

④ 延納の申割 納付回数 1回

⑤ 納付の目的
1. 今期 06年 1回
2. 前年度 05年 1回
3. 今期 06年 1回

⑥ 納付先
東京都千代田区豊が関1-X-X
株式会社カスミ商店

⑦ 納付の場所
日本銀行(本店・支店・代理店又は徴入代理店)、所轄都道府県労働局、所轄労働基準監督署

⑧ 加入している労働保険欄
労災保険と雇用保険の両保険に加入しているときは(イ)と(ロ)を、労災保険のみ加入しているときは(イ)を、雇用保険のみ加入しているときは(ロ)を○で囲みます。

労働保険概算保険料申告書（二元適用事業）の記入例

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
 31759 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時への記入は上記の「標準字体」をお願いします。

下記のとおり申告します。

①「労働保険番号」

・「労働保険関係成立届」（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「労働保険関係成立届」を提出すると、番号が割り振られます。）

種別 **32700** ※修正項目番号 ※入力確定コード

提出用
令和6年6月21日
あて先 〒

① 労働保険番号	② 都道府県	③ 所管	④ 管轄	⑤ 基幹番号	⑥ 枝番号
31759	1	3	3	0101	2346-000

② 増加年月日（元号：令和は9） -- ③ 事業廃止等年月日（元号：令和は9） --

④ 常時使用する労働者数 ⑤ 雇用保険被保険者数

※保険関係 ※片保険理由コード

⑦「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

⑦ 区分	算定期間 年月日 から 年	
	⑧ 保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨ 保険料率
労働保険料	(イ) <input type="text"/> 項11	(イ) 1000分の(イ) <input type="text"/> 項12
労災保険分	(ロ) <input type="text"/> 項13	(ロ) 1000分の(ロ) <input type="text"/> 項14
雇用保険分	(ホ) <input type="text"/> 項18	(ホ) 1000分の(ホ) <input type="text"/> 項19
一般拠出金 (注1)	(ハ) <input type="text"/> 項35	(ハ) 1000分の(ハ) <input type="text"/> 項36

⑩「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。

⑩ 区分	算定期間 令和6年4月1日 から 令和7年3月31日 まで	
	⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 概算・増加概算保険料額 (⑫×⑬)
労働保険料	(イ) <input type="text"/> 項20	(イ) <input type="text"/> 項21
労災保険分	(ロ) <input type="text"/> 項22	(ロ) <input type="text"/> 項23
雇用保険分	(ホ) <input type="text"/> 項26	(ホ) <input type="text"/> 項27

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。

⑭ 事業主の郵便番号(変更のある場合記入) 項28

⑮ 事業主の電話番号(変更のある場合記入) 項29

※検査有無区分 項31 ※算定対象区分 項32

⑰「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79ページ参照）。

⑯ 申告済概算保険料額 項34

⑰ 申告済概算保険料額 項35

⑱ 増加概算保険料額 (⑱の(イ)～(ロ)) 項36

⑲ 差引額 (イ) ⑱-⑱の(イ) 項37 (ロ) ⑱-⑱の(ロ) 項38

⑳ 法人番号 **6000021207001** 項39

期	⑲ 第1期	⑲ 第2期	⑲ 第3期	⑲ 第4期
納付額	(イ) 労働保険料 <input type="text"/> 項40 (ロ) 労災保険料 <input type="text"/> 項41	(イ) 労働保険料 <input type="text"/> 項42 (ロ) 労災保険料 <input type="text"/> 項43	(イ) 労働保険料 <input type="text"/> 項44 (ロ) 労災保険料 <input type="text"/> 項45	(イ) 労働保険料 <input type="text"/> 項46 (ロ) 労災保険料 <input type="text"/> 項47

⑳ 加入している労働保険 (イ) 労働保険 (ロ) 労災保険 (ハ) 特掲事業 (ニ) 該当する (ヒ) 該当しない

㉑ (イ)所在地 **東京都千代田区霞が関1-X-X**

㉒ (ロ)名称 **株式会社カスミ商店**

㉓ (イ)住所 (法人のときは主たる事業所の所在地) **東京都千代田区霞が関1-X-X**

㉔ (ロ)名称 **株式会社カスミ商店**

㉕ (ハ)氏名 **代表取締役 千代田カスミ**

㉖「保険関係成立年月日」

・「労働保険関係成立届」の⑥欄の日を記入してください。

㉗「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。

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

様式種別 1. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)
下記のとおり届けます。
飯田橋公共職業安定所長 殿
令和 6 年 4 月 5 日

120001 9999999999999999

2. 事業所の名称 (カタカナ)
 カブシキカイシャ コヨウホケン イケフクワロジテン
 事業所の名称 (続き (カタカナ))

3. 事業所の名称 (漢字)
 株式会社 雇用保険 池袋支店
 事業所の名称 (続き (漢字))

4. 郵便番号
 171-0000

5. 事業所の所在地 (漢字) ※市・区・都及び町村名
 豊島区東池袋
 事業所の所在地 (漢字) ※丁目・番地
 〇一△一×〇
 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。)
 03-0000-0000-0000

7. 設置年月日
 5-060401 (3 昭和 4 平成) 5 令和
 8. 労働保険番号
 49100012345000
 元号 年 月 日 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 労働保険者のみの事業所 2 船舶所有者)

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「-」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 テキョウ 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
 ・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。(労働保険関係関係成立届の⑥欄「成立年月日 (雇用)」と同じ。)

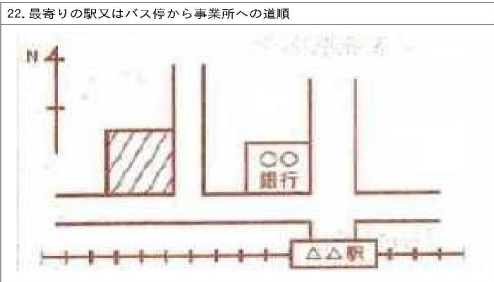
8 「労働保険番号」
 ・労働保険関係関係成立届を労働基準監督署へ提出する事業所は、事業主控えに記載された労働保険番号を記入してください。

13. 事業主	(フリガナ) 住所 (法人のときはまたは事務所の所在地)	トウキョウトチヨウダクカスミガセキ 東京都千代田区霞が関〇一△一△	17. 常時使用労働者数	一 般		
	(フリガナ) 名称	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	日 雇	0 人
	(フリガナ) 氏名 (法人のときは代表者の氏名)	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
14. 事業の概要 (産業の場合は業種のコード番号を記入すること)	保険業		20. 雇用保険担当課名	賃金支払日	当 翌月 25 日	
	15. 事業の開始年月日 令和 6 年 4 月 1 日			16. 廃止年月日 令和 年 月 日		21. 社会保険加入状況
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。)

2021. 9

※ 裏面も忘れずに記入してください



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 令和 年 月 日

委託解除 令和 年 月 日

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日	提出代行者	委託受託者の氏名	氏 名	電話番号

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…原則、添付書類は不要ですが、内容確認のため、以下の書類の添付を求めることがあります。

(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

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6年 4月 1日

種別 **31604**

労働基準監督署長 殿
 公共職業安定所長 殿

<p>① 変更前の事業主 住所又は所在地 台東区東上野 3-X X 氏名又は称</p> <p>② 事業名称 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</p> <p>③ 事業の種類 ④ 事業予定期間 年 月 日 から 年 月 日 まで</p> <p>⑤ 変更後の事業主 住所又は所在地 台東区池之端 2-X-X 氏名又は称</p> <p>⑥ 事業名称 郵便番号 110-△△△△ 所在地 台東区池之端 2-X-X 電話番号 03-8261-XXXX</p> <p>⑦ 事業の種類 ⑧ 変更理由 所在地移転のため</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">*労働保険番号</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">府 県</td> <td style="width: 25%;">所 属</td> <td style="width: 25%;">管 轄 (1)</td> <td style="width: 25%;">基 幹 番 号</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">枝 番 号</td> </tr> <tr> <td colspan="4">2 9 6 8 7 2 - 0 0 0</td> </tr> <tr> <td colspan="4">*変更後の住所 (カナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">郵便番号 1 1 0 - △ △ △ △</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) 町 村 名 タイ ト ウ ク</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) ビル・マンション名等</td> </tr> <tr> <td colspan="4">*変更後の住所 (漢字)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 市・区・郡 名 台 東 区</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) 町 村 名 池 之 端</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所 (つづき) ビル・マンション名等</td> </tr> <tr> <td colspan="4">*変更後の事業名称 (カナ)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名 (つづき)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名 (つづき)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">電話番号 0 3 - 8 2 6 1 - X X X X</td> </tr> <tr> <td colspan="4">*変更後の事業名称 (漢字)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名 (つづき)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">名称・氏名 (つづき)</td> </tr> </table> <p>⑨ 事業終了予定年月日 (元号：令和は9) 元号 - 年 - 月 - 日</p> <p>⑩ 変更年月日 (元号：令和は9) 9 - 0 6 - 0 4 - 0 1</p> <p>⑪ 変更後の労働保険番号 府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号</p> <p>⑫ 変更後の元請労働保険番号 府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号</p> <p>⑬ 変更後の事業所番号 ⑭ 保険関係等区分 ⑮ 府県区分 ⑯ 管 轄 (2)</p> <p>⑰ 業 種 ⑱ 産業分類 ⑲ 特種コード ⑳ 労保理由コード</p> <p>㉑ データ指示コード ㉒ 再入力区分</p> <p>*修正項目 (英数・カナ) *修正項目 (漢字) 法人番号</p> <p style="text-align: right;">事業主 住所 台東区池之端 2-X-X 株式会社〇〇〇〇 氏名 代表取締役 〇〇〇〇 <small>(法人のときはその名称及び代表者の氏名)</small></p>	*労働保険番号				府 県	所 属	管 轄 (1)	基 幹 番 号	1	3	1	0	枝 番 号				2 9 6 8 7 2 - 0 0 0				*変更後の住所 (カナ)				郵便番号 1 1 0 - △ △ △ △				住所 (つづき) 町 村 名 タイ ト ウ ク				住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X				住所 (つづき) ビル・マンション名等				*変更後の住所 (漢字)				住所 市・区・郡 名 台 東 区				住所 (つづき) 町 村 名 池 之 端				住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X				住所 (つづき) ビル・マンション名等				*変更後の事業名称 (カナ)				名称・氏名				名称・氏名 (つづき)				名称・氏名 (つづき)				電話番号 0 3 - 8 2 6 1 - X X X X				*変更後の事業名称 (漢字)				名称・氏名				名称・氏名 (つづき)				名称・氏名 (つづき)			
*労働保険番号																																																																																																	
府 県	所 属	管 轄 (1)	基 幹 番 号																																																																																														
1	3	1	0																																																																																														
枝 番 号																																																																																																	
2 9 6 8 7 2 - 0 0 0																																																																																																	
*変更後の住所 (カナ)																																																																																																	
郵便番号 1 1 0 - △ △ △ △																																																																																																	
住所 (つづき) 町 村 名 タイ ト ウ ク																																																																																																	
住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X																																																																																																	
住所 (つづき) ビル・マンション名等																																																																																																	
*変更後の住所 (漢字)																																																																																																	
住所 市・区・郡 名 台 東 区																																																																																																	
住所 (つづき) 町 村 名 池 之 端																																																																																																	
住所 (つづき) 丁目・番 地 2 - X - X																																																																																																	
住所 (つづき) ビル・マンション名等																																																																																																	
*変更後の事業名称 (カナ)																																																																																																	
名称・氏名																																																																																																	
名称・氏名 (つづき)																																																																																																	
名称・氏名 (つづき)																																																																																																	
電話番号 0 3 - 8 2 6 1 - X X X X																																																																																																	
*変更後の事業名称 (漢字)																																																																																																	
名称・氏名																																																																																																	
名称・氏名 (つづき)																																																																																																	
名称・氏名 (つづき)																																																																																																	

「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「-」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。

⑦「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。

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。)

1. 標準種別
 ※1. 変更区分
 2. 変更年月日 (4 平成 5 令和)

3. 事業所番号
 4. 設置年月日 (3 昭和 4 平成)

●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。

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。

「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「-」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。

5. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)

6. 事業所の名称 (カタカナ)
 7. 郵便番号
 8. 事業所の電話番号 (項目ごとにそれぞれを詰めて記入してください。)

9. 事業所の名称 (漢字)
 10. 事業所の電話番号 (項目ごとにそれぞれを詰めて記入してください。)

11. 労働保険番号
 12. 設置区分 (1 当然) (2 変更)

13. 事業所区分 (1 個別) (2 委託)

14. 産業分類

15. 変更前の事業所の名称 (フリガナ)
 16. 変更前の事業所の所在地 (フリガナ)

17. 変更後の事業所の所在地 (漢字)

18. 変更前の事業所の所在地 (漢字)

19. 変更後の事業所の所在地 (漢字)

20. 事業の開始年月日
 21. 事業の廃止年月日

22. 常時雇用労働者数

23. 雇用保険担当課名

24. 社会保険加入状況

25. 雇用保険被保険者数

26. 賃金締切日

27. 賃金支払日

28. 備考

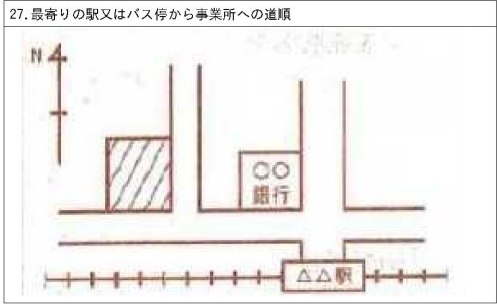
5「法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)」
 ・法人番号 (国税庁から通知される13桁の番号) を記入してください。

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ください。
 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。

16「変更後の事業の概要」
 ・事業内容が変更になった場合は、変更後の事業内容を具体的に記入してください。

※ 裏面も忘れずに記入してください



上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

公共職業安定所長 殿

住所

事業主 名称

氏名

社会保険 内職年月日 提出代行 事務代理者の氏名 氏名

労働士 電話番号

記載欄

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 令和 年 月 日

令和 年 月 日

3 事業を廃止・休止したとき、または雇用する労働者がなくなったとき

(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
 - 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。
 - 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

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
下記のとおり申告します。

継続事業
（一定の継続事業を含む。）

標準
字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
※入力に当たっては標準字体をよく読んでから記入して下さい。
○は数字への記入は上記の「標準字体」でお願いたします。

種別 3 2 7 0 0 ※修正項目番号 項1
※入力徴定コード 項1

①労働保険番号	都道府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号
X X 1 0 1 0 1 2 5 6 7 - 8 9 1					

※各種区分
管轄(2) 保険関係等 業種 産業分類

②増加年月日(元号:令和は9) 元号 年 月 日 項3 9 - 0 6 年 - 0 6 月 - 0 1 日 項4 項5
③事業廃止等年月日(元号:令和は9) 元号 年 月 日 項4 項5
※事業廃止等理由 項5 項6

④常時使用労働者数 項6 1 5 ⑤雇用保険被保険者数 項7 1 3
※保険関係 ※片保険理由コード 項9 項10

令和6年4月15日

あて先 〒

労働保険特別会計歳入徴収官殿

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。

算定期間 令和6年4月1日から 令和6年6月1日まで			
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)
保険料	(イ) 項11 千円	(イ) 1000分の 18.50	(イ) 項12 円 1 0 0 9 6 3 5
保険分	(ロ) 項13 千円 5 6 7 6 5	(ロ) 1000分の 3.00	(ロ) 項14 円 1 7 0 2 9 5
保険分	(ホ) 項18 千円 5 4 1 5 1	(ホ) 1000分の 15.50	(ホ) 項19 円 8 3 9 3 4 0
出金 (注1)	(ヘ) 項35 千円 5 6 7 6 5	(ヘ) 1000分の 0.02	(ヘ) 項36 円 1 1 3 5

(注2) 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、労災保険雇用事業主から徴収する一般拠出金に延納できません。

算定期間 年 月 日 から 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) 項20 千円	(イ) 1000分の	(イ) 項21 円
労災保険分	(ロ) 項23 円	(ロ)	(ロ) 項27 円
雇用保険分	(ホ) 項27 円	(ホ)	(ホ) 項27 円

⑮ 事業主の郵便番号(変更のある場合記入) 項28 - 項29
⑯ 事業主の電話番号(変更のある場合記入) 項29 - 項30

※検査有無区分 項31 ※算定対象区分 項32 ※入力区分 項33 ※修正項目 項34

⑰ 延納の申請 納付回数 項30

⑩⑪⑫⑬⑭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	529,083 円
⑲ 申告済概算保険料額	

⑲「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。

⑲の(イ)	(ハ) 不足額 480,552 円	⑳ 充当意思 項37
⑲の(ロ)	項38 円	⑳ 充当意思 項37

⑲の(イ)	項38 円	⑳ 法人番号 項39
		6 0 0 0 0 1 2 0 7 0 0 0 1

㉑「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。

別納	第2期	第3期	額	⑳ 加入している労働保険	㉒ 労働保険	㉓ 特掲事業	(イ) 該当する	⑳ 加入している労働保険	㉒ 労働保険	㉓ 特掲事業	(イ) 該当する	⑳ 加入している労働保険	㉒ 労働保険	㉓ 特掲事業	(イ) 該当する
	円	円	円	労働保険	労働保険	特掲事業	該当する	労働保険	労働保険	特掲事業	該当する	労働保険	労働保険	特掲事業	該当する
事業主	(イ) 所在地	(ロ) 名称	郵便番号	電話番号	事業又は作業の種類	(イ) 住所	(ロ) 名称	(ハ) 氏名							
			100-XXXX (3) XXX - XXXX	(3) XXX - XXXX	卸売業・小売業	東京都千代田区霞が関1-X-X	株式会社雇用	代表取締役 雇用太郎							

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. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)

14002 9999999999999999

※2. 本日の資格

**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。**

3. 事業所番号 4. 設置年月日

4900-345678-9 4-251001 (3 昭和 4 平成 5 令和)

5. 廃止年月日 6. 廃止区分 7. 統合先事業所の事業所番号

5-070331 (4 平成 5 令和) 1

8. 統合先事業所の設置年月日

元号 年 月 日 (3 昭和 4 平成 5 令和)

9. 事業所

(フリガナ) トウキョウトハチオウジシコヤスマチ
所在地 東京都八王子市子安町〇-△-〇

(フリガナ) カブシキガイシャ...コヨウホケン...ハチオウジシテン
名称 株式会社 雇用保険 八王子支店

10. 労働保険番号 49100345678000

11. 廃止理由 事業所の廃止

上記のとおり届けます。

令和 7 年 4 月 4 日

住 所 東京都千代田区霞が関〇-△-△

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

八王子公共職業安定所長 殿

事業主

※ 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 次 課 係 係 操作者
長 長 長 長

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・提出代行番・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。)

2021. 9

4 労働保険料の申告・納付に係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 процедуру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

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

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
・認可の追加 } 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	④ 府県	⑤ 所管管轄(1)	⑥ 基幹番号	⑦ 枝番号	⑧ 申請年月日(元号:令和は9)
31640	福岡	0101010000	0000	000	9-06-0x-26
② 所在地	福岡市中央区大名 2-4-22		郵便番号	810-00x1	⑨ 事業の種類 (労働保険率表による) <input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用
① 名称	株式会社 安定所		電話番号	092-712-6508	

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	④ 府県	⑤ 所管管轄(1)	⑥ 基幹番号	⑦ 枝番号	⑧ 認可コード	⑨ 管轄(2)	⑩ 整理番号
	401099999999	福岡	0109999999	9999	999			
	所在地	田川市弓削田 18x-1		郵便番号	826-8609	⑪ 保険関係成立区分 (労働保険率表による) <input checked="" type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用	⑫ 事業の種類 (労働保険率表による) その他各種	
	名称	株式会社 安定所 田川支店		電話番号	099-xx-8609			

③ 労働保険番号	④ 府県	⑤ 所管管轄(1)	⑥ 基幹番号	⑦ 枝番号	⑧ 認可コード	⑨ 管轄(2)	⑩ 整理番号
所在地			郵便番号		⑪ 保険関係成立区分 (労働保険率表による) <input type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用	⑫ 事業の種類 (労働保険率表による)	
名称			電話番号				

③ 労働保険番号	④ 府県	⑤ 所管管轄(1)	⑥ 基幹番号	⑦ 枝番号	⑧ 認可コード	⑨ 管轄(2)	⑩ 整理番号
所在地			郵便番号		⑪ 保険関係成立区分 (労働保険率表による) <input type="radio"/> 労災・雇用 <input type="radio"/> 労災 <input type="radio"/> 雇用	⑫ 事業の種類 (労働保険率表による)	
名称			電話番号				

⑬ 認可・取消年月日(元号:令和は9)
元号 - 年 - 月 - 日

⑭ データ指示コード
1 新規申請
3 追加の申請
4 認可の取消

福岡 労働局長 殿

事業主

住所 福岡市中央区大名 2-4-22
株式会社 安定所
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)

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 正

① 労働保険番号	501	府県	12	管轄	34	基幹番号	56	支番号	78	000	② 雇用保険事業所番号	4900	1	2	3	4	5	6	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	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6年 10月 21日										令和6年 10月 20日																			
⑧ 選任又は解任に係る事業場	所在地										立川市緑町〇一△																			
	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6年 10月 21日																														
立川 公共職業安定所長 殿																														
住 所 東京都千代田区霞が関〇一△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)																														

社務 会士 印 記 簿 分 簿	作成年月日・届出代行番号・解任届番号	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 ⑧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/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のない届名は、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 雇用 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 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
②所在地	〒000-0000 土浦市六塚〇-〇-△ 電話 (0000) 00-0000	⑧労働保険番号	府県 所管 管轄 基幹番号 枝番号 - - - - -
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 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
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 ・ <u>出勤簿</u>
⑤従業員数 (うち被保険者数)	3 (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		⑫雇用保険事務処理能力の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
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		

2. 事業所

⑬事業所番号	5 0 0 0 - 1 2 3 4 5 6 - 7	⑭従業員数 (うち被保険者数)	30 (30)
⑮名称	株式会社 雇用 水戸支店	⑯適用年月日	平成〇年 4月 1日
⑰所在地	〒000-0000 水戸市水府町〇△□×-〇 電話 (0000) 00-0000	⑱管轄公共職業安定所	水戸 公共職業安定所
⑲事業の種類	保険業	⑳備考	

上記1の施設は、一の事業所として認められませんが承認された申請します。

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 雇用 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 有・無				
	・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				

「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。

⑦⑨⑩⑫欄

・該当するものを○で囲んでください。

⑩「従業員数」

・⑤欄の人数は含めないでください。

⑬「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。

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）（チェックデジット）

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 1
4. 変更年月日 □□□□□□		
5. 事業所の名称 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 R060606	10. 設置区分 1 (1: 新規)	
11. 事業所区分 1 (1: 新規)	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（A 4 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

9999999999999

2. 事業所番号

XXXX-XXXXXX-X

3. 管轄区分

1

4. 事業所の名称

カブガイシャ コウケン ハチウシデン
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

R060731

8. 廃止区分

1

9. 統合先事業所の事業所番号

10. 統合先管轄区分

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。

詳細についてはP11をご参照ください。

○ 適用事業所についての諸手続に関するQ & A

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。