

送り先 ※出来る限りメールで返信をお願いします。

mail: singen@toukeikyo.or.jp

FAX:03-5818-2388

送付状は不要ですのでこのまま送信してください。

(一社)東京都警備業協会 教育担当

見 本

雇用保険被保険者証返信票

会社名	(株)東京警備保障				ピンクのセルの赤文字で記載してある所は全て記入して下さい。 受講した種別、年号をセルから選択してください。		
受講者氏名	田中 二郎						
受講月・種別	令和	**	年	**	月	種別	選択してください

●加入されていない場合は該当箇所にチェックを入れて下さい

<input type="checkbox"/>	1. 一週間に20時間以下の勤務での雇田で加入していない
<input type="checkbox"/>	2. 加入前に退職された
<input type="checkbox"/>	3. その他()

雇用保険に加入されていない場合は該当項目をチェックしてください。
1, 2以外の理由で未加入の場合は3.その他に理由を記載してください。

【雇用保険被保険者証(被保険者証)】

<モリトリ>
雇用保険被保険者資格取得等確認通知書
(被保険者通知用)

被保険者番号: []

確認(受理)通知年月日: []

資格取得年月日: H280401

被保険者種別: 1 (2次 1級)

生年月日 (完号一年月日): 3 [] (2次 3級)

事業所名種別: []

雇田の年月日: []

様式第7号
雇用保険被保険者証

被保険者番号: []

生年月日 (完号一年月日): 3 [] (2次 3級)

見 本

送り先 ※出来る限りメールで返信をお願いします。

mail: singen@toukeikyo.or.jp FAX:03-5818-2388

送付状は不要ですのでこのまま送信してください。

(一社)東京都警備業協会 教育担当宛

雇用保険被保険者証返信票

会 社 名			
受 講 者 氏 名			
受 講 月 ・ 種 別	令 和	年	月
	種 別		

●加入されていない場合は該当箇所にチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/>	1. 一週間に20時間以下の勤務での雇用で加入していない
<input type="checkbox"/>	2. 加入前に退職されてる
<input type="checkbox"/>	3. その他()

【雇用保険被保険者証(被保険者通知用か事業者通知用)添付欄】
