

**送り先** ※出来る限りメールで返信をお願いします。

mail: miyauchi@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 宮内宛

# 見 本

## 雇用保険被保険者

社名、受講者名、受講年月は全て記入して下さい。受講した種別に○をつけてください。

会社名	(株)東京警備保障					
受講者氏名	田中 二郎					
受講月・種別	令和	**	年	**	月	施設・交通・貴重品

●加入されていない場合は下記に○を入れて下さい。

1. 一週間に20時間以下の勤務での
2. 加入前に退職されてる
3. その他(

雇用保険に加入されていない場合は該当項目に○をしてください。

- 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(被保険者通知用か事業者通知用)添付欄】

<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	被保険者種別
[REDACTED]	[REDACTED]	H280401	1 (2次 1級)
被保険者氏名	生年月日 (完号一年月日)	3 [REDACTED]	(2次 3種別)
事業者種別	転勤の年月日	[REDACTED]	

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)
[REDACTED]	3 [REDACTED] (2次 3種別)

