雇用保険被保険者個人番号(マイナンバー)提供書

労働保険事務組合 うきは市商工会　 行

（事業所）

（代表者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| ○ | 記入例  ○○　〇〇 | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年  3 | | 月  　3 | | 日  12 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2 | 3 |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 1 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 2 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 3 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 4 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 事由 |
| 5 |  | 男・女 | | 昭和・平成 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 新規・変更・喪失 |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※個人情報漏洩のため、個人番号提供書のFAX及び郵送での提出はできません。