

枝番号 0- 2- **事業主・事業場(所)変更、被保険者異動事務処理依頼書** (依頼年月日 年 月 日)

事業場(所)名称	適用事業所No	事業主変更関係		事業場(所)変更関係		
事業主(代理人)氏名	①	新事業主氏名		新事業場(所)名称		新事業内容(できる限り詳細に)
		新事業主住所		新事業場(所)所在地		

資格取得関係	ふりがな氏名	生年月日	性別	雇入年月日	雇用期間の定め有無	1週当りの所定労働時間	職種	賃金形態	月額(換算)	職歴(事業所名及び就業期間)	添付書類
		昭和・平成 年 月 日	男 女	平成 年 月 日	無・有(. . . ~ . . .)			1..月額 4..時給 2..週給 5..その他 3..日給	月額換算 千円	(. . . ~ . . .)	労働者名簿 出勤簿(1月分) その他 ()
		昭和・平成 年 月 日	男 女	平成 年 月 日	無・有(. . . ~ . . .)			1..月額 4..時給 2..週給 5..その他 3..日給	月額換算 千円	(. . . ~ . . .)	
		昭和・平成 年 月 日	男 女	平成 年 月 日	無・有(. . . ~ . . .)			1..月額 4..時給 2..週給 5..その他 3..日給	月額換算 千円	(. . . ~ . . .)	
		昭和・平成 年 月 日	男 女	平成 年 月 日	無・有(. . . ~ . . .)			1..月額 4..時給 2..週給 5..その他 3..日給	月額換算 千円	(. . . ~ . . .)	

資格喪失等関係	ふりがな氏名 (被保険者 No)	退職理由等・転出先、新氏名	左記事実発生日	離職票の発行の要・否	給与の締日等	給与の形態	事業所において、60歳以上で定年(契約満了)等の以後、引続き雇用する制度等の有無について	当人への連絡先 (住所又は居住)	添付書類
			平成 年 月 日	要・否	日締 日払	月給 日給 他()	引続いての雇用が、ある・ない 対象者の範囲は、特定・全員	Tel ()	離職票あり 労働者名簿 出勤簿(1年分) 賃金台帳(1年分) 退職願等 その他()
			平成 年 月 日	要・否	日締 日払	月給 日給 他()	上記を運用している根拠 ・就業規則 ・労働協約 ・雇用慣行 ・その他()	Tel ()	離職票なし 労働者名簿 出勤簿 離職月のもの

高齢継続	ふりがな氏名 (被保険者 No)	添付書類種別	生年月日	ふりがな氏名 (被保険者 No)	添付書類種別	生年月日	ふりがな氏名 (被保険者 No)	添付書類種別	生年月日
		月額証明書 受給資格確認届	昭和・平成 年 月 日		月額証明書 受給資格確認届	昭和・平成 年 月 日		月額証明書 受給資格確認届	昭和・平成 年 月 日

育児休業	ふりがな氏名 (被保険者 No)	添付書類種別	産休開始日	出産日	育休開始日	ふりがな氏名 (被保険者 No)	添付書類種別	産休開始日	出産日	育休開始日
		月額証明書 受給資格確認届	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日		月額証明書 受給資格確認届	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

手続きに当たっては、裏面をよくお読み下さい。