

様式第1号(第7条、第15条関係)

労働安全
労働衛生
コンサルタント試験受験申請書

収入印紙
(消印しては
ならない。)

①受けようとする試験の 区分	1 機械 2 電気 3 化学 4 土木 5 建築
	1 保健衛生 2 労働衛生工学
②ふりがな 氏名	
③生年 年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
④住所	郵便番号()
⑤連絡先電話番号	()
⑥受験希望地	
⑦受験資格	
⑧免除を受けることができ る試験科目	
⑨添付書類名	1 写真 2

年 月 日

申請者 氏 名

厚生労働大臣 殿
指定コンサルタント試験機関
備考

- 1 厚生労働大臣がコンサルタント試験事務を行う場合には厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定コンサルタント試験機関がコンサルタント試験事務を行う場合には当該指定コンサルタント試験機関に提出すること。この場合にあつては、当該指定コンサルタント試験機関の試験事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 3 表題及び①欄は、該当事項を○で囲むこと。
- 4 ⑦欄は、受験資格の内容を例えば「○○大学工学部機械工学科○年○月卒業 経験○年○月」、「技術士」、「医師」、「一級建築士」、「安全管理者 ○年従事」、「衛生管理者 ○年従事」のように具体的に記入すること。
- 5 申請書には、申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽、縦30ミリメートル横24ミリメートルの写真及び⑦欄に記載した事項を証する書面並びに筆記試験の全部又は一部の免除を受けようとする者にあつては当該免除を受ける資格を有することを証する書面を添付することとし、⑨欄にそれぞれの書面の名称を記入すること。

第五十一条 (労働安全コンサルタント及び労働衛生コンサルタント規則の一部改正) 労働安全コンサルタント及び労働衛生コンサルタント規則(昭和四十八年労働省令第三号)の一部を次のように改正する。
様式第一号を次のように改める。

様式第 3 号 (第 17 条関係)

労働安全
労働衛生

コンサルタント登録申請書

収入印紙
(消印しては
ならない。)

様式第二号中「平成」を「令和」に改める。
様式第三号を次のように改める。

①ふりがな 氏名			明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	②生年月日			
③住所	〒(—)			
④事務所の名称 及び所在地	〒(—)			
⑤合格した試験 の区分				
⑥試験合格 年月日	年 月 日			
⑦合格証番号			⑧連絡先及び 電話番号	

私は、上記により労働安全
労働衛生

コンサルタントの登録を受けたいので申請します。

なお、次の欠格事項には該当していません。

- 1 成年被後見人又は被保佐人
- 2 労働安全衛生法又はこれに基づく命令の規定に違反して、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者
- 3 労働安全衛生法及びこれに基づく命令以外の法令の規定に違反して、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者

年 月 日

申請者 氏名 (印)

厚生労働大臣
指定登録機関 殿

備考

- 1 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定登録機関が登録事務を行う場合には当該指定登録機関に提出すること。この場合にあつては、当該指定登録機関の登録事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 3 ④欄は、従たる事務所がある場合には、その名称及び所在地を併記すること。
- 4 ⑥欄は、合格証の年月日を記入すること。
- 5 申請書には、合格証の写しを添付すること。

様式第 4 号 (第 18 条、第 18 条の 2 関係)

労働安全 登録事項変更等
 コンサルタント 申請書
 労働衛生 登録証再交付

収入印紙
 (消印しては
 ならない。)

登 録 番 号			
ふ ※氏	り が な 名	※生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日
変更 事項	変 更 前		
	変 更 後		
変 更 年 月 日		年 月 日	
変 更 の 理 由			
※再交付を受けようとする理由		1 登録証の滅失 2 登録証の損傷	

登録事項の変更及び登録証の書換え

私は、上記により
 登録証の再交付
 を受けたいので
 申請します。
 年 月 日

住所 電話()
 申請者
 氏名

厚生労働大臣 殿
 指定登録機関

備考

- 厚生労働大臣が登録事務を行う場合にあつては厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 指定登録機関が登録事務を行う場合には当該指定登録機関の登録事務規程に定めるところにより手数料を納付し、収入印紙は貼らないこと。
- 表題及び申請文については、それぞれ該当する部分を○で囲むこと。
- 登録事項変更等申請書にあつては登録番号の欄及び※印の付してない欄に、登録証再交付申請書にあつては登録番号の欄及び※印の付してある欄に記入すること。
- 登録事項変更等申請書にあつては、次の事項に留意すること。
 - 登録証を添付すること。
 - 氏名を変更した場合には、その事実を証明する書面を添付すること。
- 登録証再交付申請書にあつては、次の事項に留意すること。
 - 登録番号の欄は、登録番号が不明の場合には、合格した試験の区分を記入すること。
 - 再交付を受けようとする理由の欄は、該当する番号を○で囲むこと。
 - 登録証の損傷による再交付の申請の場合には、登録証を添付すること。

第五十二条 (年金手帳の様式を定める省令の一部改正)
 第五十二条 (年金手帳の様式を定める省令(昭和四十九年厚生省令第四十号)の一部を次のように改正する。)

(二ページ)中「平成」を「令和」と改める。
 (四ページから六ページまで)及び(八ページから十ページまで)中「平成」を「令和」に改める。

「様式第三号の二中「平成」を「令和」に改める。
 様式第四号を次のように改める。」

第五十三条 (障害児福祉手当及び特別障害者手当の支給に関する省令の一部改正) 様式第一号 (表面) を次のように改める。

様式第一号 (第二条関係)

(表 面)

		※受付 年 月 日	
障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書			
認定を受けようとする者	① (ふりがな) 氏 名 ・ 性 別	Ⓜ	
	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	③ 住所		④ 個人番号
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない	年金等の種類 () 証書記号番号 ()
	⑥ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号 () 等 級 (級) 障 害 名 () }	2 なし
⑦ 施設への入所状況	1 収容されている ()	2 されていない	
⑧ そ の 他			
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。			
令和 年 月 日			
氏名 Ⓜ			
殿			
※ 認 定 下 却	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備 考	

- ◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎字は楷書ではつきり書いてください。
- ◎※の欄は記入しないでください。

様式第三号及び第四号中「本号」を「号」に改める。
 様式第五号を次のように改める。

様式第五号 (第十五条関係)

(表 面)

		※受付 年 月 日	
特 別 障 害 者 手 当 認 定 請 求 書			
認定を受けようとする者	① (ふりがな) 氏 名 ・ 性 別	Ⓜ	
	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 満 歳	
	③ 住所		④ 個人番号
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・老齢年金、遺族年金等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中	年金等の種類 () 証書記号番号 ()
		4 受給していない	年金等の種類 () 証書記号番号 ()
	⑥ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号 () 等 級 (級) 障 害 名 () }	2 なし
	⑦ 施設への入所状況	1 収容されている () 2 されていない	
	⑧ 病院等への入院状況	1 入院している (年 月 日から) 2 していない	
	⑨ そ の 他		
関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 氏名 Ⓜ 殿			
※ 認 定 下 却	(支給開始 年 月 日)	※ 備 考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではつきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。

様式第七号及び第八号中「本項」を「七号」に改める。

(裏 面)

注意

- 1 ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。
 なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- 2 ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。
 なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。
 なお、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。
- 4 ⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。
 なお、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。

公的年金等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩給
ヘ	国家公務員共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	日本私立学校振興・共済事業団の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ヾ	執行官の恩給
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ	未帰還者の留守家族手当
レ	労働者災害補償制度の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当

様式第2号

雇用保険被保険者資格取得届

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。)

第五十四条 雇用保険法施行規則の一部改正
様式第一号中「カタ」を「シテ」に改める。
(雇用保険法施行規則の一部改正
昭和五十年労働省令第三号)の一部を次のように改正する。

帳票種別

1 7 1 0 1

1. 個人番号

12 digit boxes

2. 被保険者番号

12 digit boxes with hyphen

3. 取得区分

1 新規 2 再取得

4. 被保険者氏名

20 character boxes

フリガナ (カタカナ)

20 character boxes

5. 変更後の氏名

20 character boxes

フリガナ (カタカナ)

20 character boxes

6. 性別

1 男 2 女

7. 生年月日

8 digit boxes with hyphen

2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和

8. 事業所番号

12 digit boxes with hyphen

9. 被保険者となったことの原因

- 1 新規/新規雇用/学卒 2 新規(その他)雇用 3 日雇からの切替 4 その他 8 出向元への復帰等(65歳以上)

10. 賃金 (支払の態様一賃金月額:単位千円)

5 digit boxes with hyphen

1 月給 2 週給 3 日給 4 時間給 5 その他

11. 資格取得年月日

8 digit boxes with hyphen

4 平成 5 令和

16. 契約期間の定め

1 有 2 無

契約期間

8 digit boxes with hyphen

契約更新条項の有無 1 有 2 無

事業所名

30 character boxes

備考

30 character boxes

17欄から22欄までは、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

17. 被保険者氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

26 character boxes

被保険者氏名 [続き (ローマ字)]

16 character boxes

18. 国籍・地域

2 character boxes

19. 在留資格

2 character boxes

20. 在留期間

8 digit boxes with hyphen

西暦

年

月

日

21. 資格外活動許可の有無

1 有 2 無

22. 派遣・請負就労区分

1 派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労する場合 2 1に該当しない場合

※ 公共職業安定所欄

23. 取得時被保険者種類

- 1 一般 2 短期常態 3 季節 11 高年齢被保険者 (65歳以上)

24. 番号複数取得チェック不要

チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合に「1」を記入。

25. 国籍・地域コード

4 digit boxes

26. 在留資格コード

4 digit boxes

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届けます。

住 所

令和 年 月 日

事業主 氏 名

記名押印又は署名 印

公共職業安定所長 殿

電 話 番 号

Table with columns: 社会保険労務士記載欄, 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示, 氏 名, 電 話 番 号

Table with columns: 所長, 次長, 課長, 係長, 係, 操作者

備考 確認通知 令和 年 月 日

注 意

- 1 □□□□ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載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番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガー^ニ、パー^ン）、また、「中」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 1欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 5 2欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合にのみその被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。
なお、被保険者番号が16桁（上下2段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載すること。この場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内に記載し、最後の枠は空枠とすること。

（例：

4	6	0	1	1	8	*	*	*	*
1	3	0	1	5	4	3	2	1	0

 →

1	3	0	1	5	4	3	2	1	0	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ）

- 6 3欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
 - (1) 次のイ及びロのいずれかに該当する者…………… 1 （新規）
 - イ 過去に被保険者になったことのないこと。
 - ロ 最後に被保険者でなくなった日から7年以上経過していること。
 - (2) 上記(1)に該当する者以外の者…………… 2 （再取得）
- 7 4のフリガナ欄には、被保険者証の交付を受けている者については、その被保険者証に記載されているとおり、カタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。
なお、5欄に記載した場合であっても必ず記載すること。
- 8 5欄には、3欄で「2 再取得」を選択した場合で、被保険者証の氏名と現在の氏名が異なっているときに記載すること。
- 9 6欄には、該当するものの番号を記載すること。
- 10 7欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。
（例：昭和51年5月6日 →

3	5	1	0	5	0	6
---	---	---	---	---	---	---

 ）
- 11 8欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。（例：1301000001 →

1	3	0	1	0	0	0	0	0	1	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 ）
- 12 9欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
 - (1) 新規学校卒業者のうち、11欄が卒業年の3月1日から6月30日までの間である場合 …………… 1
 - (2) 中途採用者を雇入れた場合、取締役等委任関係であるとして被保険者から除外されていた者が、新たに明確な雇用関係に基づいて就労したような場合 …………… 2
 - (3) 日雇労働被保険者が2月の各月において18日以上又は継続して31日以上同一の事業主の適用事業に雇用された場合（資格継続の認可を受けた場合を除く。） …………… 3
 - (4) 次に該当する場合等…………… 4
 - イ その被保険者の雇用される事業が新たに適用事業となった場合
 - ロ 適用事業に雇用されていた被保険者が、在籍出向し、出向先で新たに被保険者資格を取得していた場合であって、出向元に復帰し、出向元で再度被保険者資格を取得することとなったとき（在籍専従の場合も同様）
 - ハ 同一の事業主の下で、船員と陸上勤務を本務とする労働者（船員でない労働者）との間の異動があった場合
 - (5) 被保険者資格を取得した原因が2以上に該当する場合…………… 1、2又は3のいずれか
 - (6) 65歳以上の者が出向元に復帰した場合等…………… 8
- 13 10欄には、11欄に記載した年月日現在における支払の態様及び賃金月額（臨時の賃金、1箇月を超える期間ごとに支払われる賃金及び超過勤務手当を除く。）（単位千円……千円未満四捨五入）を記載すること。なお、支払の態様は、該当するものの番号を記載すること（日給月給は月給に含める。）。
- 14 11欄は、試用期間、研修期間を含む雇入れの初日を記載すること。
また、年、月又は日が1桁の場合は、7欄の場合と同様に記載すること。
- 15 12欄には、該当するものの番号を記載すること。届出に係る者が派遣労働者（いわゆる登録型の派遣労働者であり船員を除く。）に該当する場合には、「2」（派遣労働者）、短時間労働者（週所定労働時間が30時間未満の者（派遣労働者、船員に該当する者を除く。））に該当する場合には、「3」（パートタイム）、有期契約労働者（派遣労働者、パートタイム、船員に該当する者を除く。）に該当する場合には、「4」（有期契約労働者）と記載すること。
- 16 13欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。

A 管理的職業……………01	E サービスの職業……………05	I 輸送・機械運転の職業……………09
B 専門的・技術的職業……………02	F 保安の職業……………06	J 建設・採掘の職業……………10
C 事務的職業……………03	G 農林漁業の職業……………07	K 運搬・清掃・包装等の職業……………11
D 販売の職業……………04	H 生産工程の職業……………08	

- 17 14欄には該当するものの番号を記載すること。
- 18 15欄には、4欄の者の11欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
- 19 16欄は、契約期間の定めについて該当するものの番号を記載し、1を記載した場合には、その契約期間とともに、契約更新の条項の有無を記載すること。
- 20 事業所名欄右の備考欄には、9欄の「4 その他」に該当する者についての具体的説明その他を記載すること。
- 21 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 22 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 23 外国人労働者（「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。）の場合は、以上に加え17欄から22欄に、ローマ字氏名（在留カード記載順）、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。
なお、「家族滞在」の在留資格の者等、資格外活動の許可を得て就労する者については、当該許可の有無について21欄に記載のこと。また、派遣・請負労働者として主として8欄以外の事業所で就労する者については22欄に1を記載し、該当しない場合は2を記載のこと。

お願い

- 1. 雇用保険の資格取得年月日の属する月の翌月10日までに提出してください。
- 2. 賃金台帳、労働者名簿、出勤簿その他記載内容を確認できる書類を持参していただく場合があります。
- 3. 4欄の者が法人の取締役又は事業主と同居の親族の場合は、事業所名欄右の備考欄にその旨記載してください。

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。
なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式第4号 (第7条、第14条関係) (第1面) **雇用保険被保険者 資格喪失届** 標準字体 **01123456789** (必ず第2面の注意事項を讀んでから記載してください。)

※ 帳票種別
 1. 氏名変更届
 2. 資格喪失届

1. 被保険者番号
 2. 事業所番号
 3. 資格取得年月日

4. 離職年月日 (元号 平成 令和) 5. 喪失原因
 1. 離職以外の理由
 2. 3以外の離職
 3. 事業主の都合による離職
 6. 離職票交付希望 (1有) (2無)
 7. 1週間の所定労働時間
 8. 補充採用予定の有無 (空白無) (1有)

9. 新氏名
 フリガナ (カタカナ)

10. 個人番号
 ※ 安定所記載欄
 11. 喪失時被保険者種類 (3季節)
 12. 国籍・地域コード (17欄に対応するコードを記入)
 13. 在留資格コード (18欄に対応するコードを記入)

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間			事業所名略称			
被保険者の住所又は居所						
被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日
 住 所
 事 業 主 氏 名
 記名押印又は署名
 印
 公共職業安定所長 殿
 電話 番 号

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
								印	

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

様式第4号 (第7条、第14条関係) (第2面) 資格喪失届 雇用保険被保険者氏名変更届

14欄から18欄は、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

※ 帳票種別

11 4 1 0 4 : 氏名変更届 5 : 資格喪失届

14. 被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) (続き)

15. 在留期間

西暦 年 月 日

16. 派遣・請負就労区分

1 派遣・請負労働者として主として当該事業所以外で就労していた場合 2 主に該当しない場合

17. 国籍・地域

18. 在留資格

※備考 令和 年 月 日 確認通知

注意

- 1 記号「」で表示された枠 (以下「記入枠」といふ) に記入する文字は、光学式文字読取装置 (OCR) で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
2 記入枠の部分は、枠からはみださないよう大きめのカタカナ及びアルファベット数字の標準字体により明確に記載すること。
3 この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱いはない (例: カ「ㇿ」, ハ「ㇿ」)。また、「中」及び「エ」を使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
4 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
5 事業主の氏名 (法人にあつては代表者の氏名) については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
6 雇用保険被保険者資格喪失届として使用する場合は、
(1) 横頭中「氏名変更届」の文字並びに第1面下方の「第14条第1項」の文字を抹消すること。
(2) 4欄には、被保険者でなくなったことの原因となる事業のあった年月日を記載すること。なお、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。
(3) 5欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。
イ 死亡、在籍出向、出向元への復帰、その他離職以外の理由
ロ 天災その他やむを得ない理由によつて事業の継続が不可能になつたことによる解雇、ハ 被保険者の責めに帰すべき重大な理由による解雇
ニ 契約期間の満了、ホ 任意退職 (事業主の勧奨等によるものを除く)、ヘ 日から木まで以外の事業主の都合によらない離職 (定年等)
ト 移籍出向 (ただし、退職金はこれに準じた一時金の支給が行われたもの以外の出向は「11」)
チ 事業主の都合による解雇、事業主の勧奨等による任意退職等
(4) 6欄には、被保険者でなくなった者が離職時における就業の交付を希望するときは「1」を、希望しない場合は「2」を記載すること。なお、被保険者でなくなった者が就業時において仕度、出張、買戻、疾病、負傷、親族の看護等の理由により一定期間就業に就くことができない場合及び60歳以上の定年等による離職後一定の期間求職の申込みをしないことを希望する場合であつて、その後失業給付を受けようとするときは、「1」を記載すること。また、離職の日において59歳以上の者については、「1」を記載すること。
(5) 7欄には、「被保険者氏名」欄に印字されている者の離職に伴い、これを補充するため、この届書を提出する際に公共職業安定所又は地方運輸局の紹介、その他の方法による労働者の採用を予定している場合は、「1」を記載し、予定していない場合は空欄とすること。
(6) 8欄には、「被保険者氏名」欄に印字されている者の離職に伴い、これを補充するため、この届書を提出する際に公共職業安定所又は地方運輸局の紹介、その他の方法による労働者の採用を予定している場合は「1」を記載し、空欄とすること。
(7) 9欄は、空欄とすること。
(8) 10欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上、個人番号 (マイナンバー) を記載すること。
(9) 「被保険者の住所又は居所」欄には、離職後の住所が明らかであるときは、その住所又は居所を記載し、その住所又は居所が明らかでないときは、離職時の住所又は居所を記載すること。
(10) 本手続は電子申請による届出も可能であること。また、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わつて行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができる。
7 雇用保険被保険者氏名変更届として使用する場合は、
(1) 横頭中「資格喪失届」の文字並びに第1面下方の「第7条第1項」の文字を抹消すること。
(2) 9欄及び14欄 (外国人の場合のみ) 並びに「被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日」欄のみ記載すること。なお、9欄のフリガナ欄はカタカナで記載し、姓と名の間は1枚空けること。
(3) 本手続は電子申請による届出も可能であること。また、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わつて行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができる。
8 外国人労働者 (「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く) の場合は、14欄から18欄は、ローマ字氏名 (在留カード記載欄) 、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。なお、派遣、請負労働者として、主として2欄以外の事業所において就労していた者については6欄に「1」を記載し、該当しない場合は「2」を記載すること。

様式第五号を次のように改める。
雇用保険被保険者離職証明書 (安定所提出用)

様式第五号

① 被保険者番号
② 事業所番号
③ フリガナ
④ 離職日
年月日
令和
年 月 日

⑤ 名称
住所
電話番号
⑥ 離職者の〒
住所又は居所
電話番号 ()

この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。
※離職交付 (交付番号)
令和 年 月 日
離職 年月日
令和 年 月 日
離職 年月日
令和 年 月 日

離職の日以前の賃金支払状況等
⑧ 被保険者期間前定対象期間
⑨ ⑩の欄
⑪の欄
⑫の欄
⑬ 備考

Table with columns for ⑧ (被保険者期間前定対象期間), ⑨ (⑩の欄), ⑩ (賃金支払対象期間), ⑪ (⑫の欄), ⑫ (賃), ⑬ (備考). Rows include ① 一般被保険者等, ② 一応被保険者等, ③ 雇用保険被保険者等.

⑭ 賃金に關する特記事項
⑮ この証明書の記載内容(⑪欄を除く)は相違ないと認めます。(記号印又は自筆による署名)
(離職者) (氏名)

⑯ 欄の記載 有・無
⑰ 欄の記載 有・無
資・聴

社会保険 労働士 記帳欄
氏名
住所
電話番号
係長
係長
係長
係長

の離職理由欄・事業主の方は、離職の主たる離職理由が該当する理由を1つ選択し、左の事業主記入欄の□の中に○印を記入の上、下の離職理由を所定の日数・給付制限の有無に影響を与える場合があり、適正に記載してください。

【離職理由】
1 事業所の倒産等によるもの
2 定年による離職
3 労働契約期間満了によるもの
4 労働者の判断によるもの
5 労働者から契約の更新又は延長を希望する旨の申し出があった

⑱ 離職者本人の判断 (○で囲むこと)
事業主が○を付けた離職理由に異議 有り・無し
具体的事情記載欄 (事業主用)
その他 (1-5のいずれにも該当しない場合)

様式第六号(1)(第一面)を次のように改める。

様式第六号(第7条関係)(1)(第一面) 雇用保険被保険者 資格喪失確認通知書(被保険者通知用)

1. 被保険者番号 2. 資格取得年月日 3. 離職年月日 4. 被保険者種類 (1)再交付 (2)再交付希望 (1)有 (2)無

離職者氏名 性別 (1)男 (2)女 生年月日(元号一年月日) 喪失原因 (1)離職以外の理由 (2)3以外の離職 (3)事業主の都合による離職 産業分類

6. 個人番号 7. 番号複数取得于エツク不要 (于エツク・リストが出力されたが、調査の結果、同一人であった場合に「1」を記入。)

9. 求職申込年月日 10. 認定日(一般) 11. 認定予定日(高年齢・短期) 12. 賃金日額(区分一日額又は総額) 15. 求職番号 16. 特殊表示区分又は激励指定期限年月日

13. 所定給付日数の決定に係る対象者区分 (1~6) 14. 離職理由 17. 金融機関・店舗コード 口座番号

18. 支払区分 (0)抹消 (1)安定所送金私 (2)労働局送金私 (3)労働局送金私 19. 区分一氏名(か) 区分(空欄) 分ち書き 1 氏名変更

備考 公共職業安定所長

Table with columns: 所属長, 次長, 課長, 係長, 係, 操作者. Includes fields for 基本手当日額, 所定給付日数, 支給番号.

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

様式第六号(2)を次のように改める。
雇用保険被保険者離職票 一 2

Form for employment insurance termination. Includes sections for employee information, job details, and a table for job history with columns for dates, wages, and reasons for termination.

注
1. 基本手当は受給資格者が、高年勤続者給付金は高年勤続受給資格者が、特別一時金は特別受給資格者が、それぞれ労働の意思及び能力を有するにもかかわらず職に就くことができないときに支給されるものであること。
2. 基本手当、高年勤続者給付金又は特別一時金の支給を受けようとするときは、住所又は居所を構成する公共職業安定所又は地方連動機関に出頭し、30歳未満の若年者、高年勤続者給付金又は特別一時金の支給を受けないときでも、後日必要な場合があるから、少なくとも4年間は大切に保存すること。
3. この離職票-2を喪失し、又は損壊したときは、交付を受けた公共職業安定所に申し出ること。
4. この離職票-2を複製し、又は損壊したときは、交付を受けた公共職業安定所に申し出ること。
※ 基本手当、高年勤続者給付金又は特別一時金の受給手続を取られる方は、裏面のⅡ「支給を受けるための手続等」をご覧ください。

Reasons for resignation section. A large table with columns for 'Reason' (理由) and 'Specific details' (具体的な事情記載欄). It lists various reasons for resignation such as 'Business closure', 'Transfer', 'Early retirement', etc., and provides space for detailed explanations.

様式第6号の2 (第9条関係) (1) (第1面)

雇用保険被保険者資格取得確認通知書 (事業主通知用)

確認 (受理) 通知年月日

雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認 (通知) します。

公共職業安定所長

被保険者番号

事業所番号

管轄区分

資格取得年月日

被保険者氏名

性別

生年月日 (元号一年月日)

取得時被保険者種類

転勤の年月日

 (1 男)
(2 女) (2 大正 3 昭和)
(4 平成 5 令和) (1又は9 一般)
(4又は5 高年齢)
(2又は3 短期)
(11 高年齢 (65歳以上))

事業所名略称

様式第六号の二(1)(第一面)を次のように改める。

様式第 6 号の 2 (第 9 条関係) (2) (第 1 面)

雇用保険被保険者資格取得確認通知書
(被保険者通知用)

公共職業安定所長

被保険者番号	資格取得年月日	取得時 被保険者種類
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期 11 高年齢(65歳以上))
被保険者氏名	生年月日 (元号一年月日)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	(2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)
事業所名略称	転勤の年月日	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

様式第六号の二(第一面)を次のように改める。

様式第6号の3(第9条関係)(1)(第1面)

雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）

確認通知年月日

雇用保険被保険者資格喪失届に基づき、下記のとおり確認します。

公共職業安定所長

被保険者番号

資格取得年月日

離職等年月日

被保険者種類

1又は9 一般
4又は5 高年齢
2又は3 短期
11 高年齢(65歳以上)

離職票交付希望

1 有
2 無

被保険者氏名

性別

1 男
2 女

生年月日(元号一年月日)

2 大正 3 昭和
4 平成 5 令和

喪失原因

1 離職以外の理由 2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類

様式第6号の三(1)(第一面)を次のように改める。

様式第6号の3(第9条関係)(2)(第1面)

雇用保険被保険者資格喪失確認通知書 (被保険者通知用)

交付年月日

被保険者番号

資格取得年月日

離職年月日

被保険者種類

 (1 一般
4又は9 高年齢
2又は3 短期
11 高年齢(65歳以上))

被保険者氏名

性別

 (1 男
2 女)

生年月日 (元号一年月日)

 (2 大正 3 昭和
4 平成 5 令和)

喪失原因

 (1 離職以外の理由
2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職)

離職票交付希望

 (1 有
2 無)

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類

公共職業安定所長

備	
考	

様式第6号の三(2)(第一面)を次のように改める。

様式第7号 (第10条関係) (第1面)

雇用保険被保険者証

公共職業安定所長

被保険者番号

被保険者氏名

生年月日
(元号-年月日)

(2 大正 3 昭和
4 平成 5 令和)

様式第七号 (第一面) を次のように改める。

様式第9号の2 (第12条の2関係) (第1面) **雇用継続交流採用終了届**

(必ず第2面の注意事項を読んだから記載してください。)

様式第九号の二を次のように改める。

帳票種別

1 3 1 0 9

1. 事業所番号

□□□□-□□□□□□□□□□

2. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□□□

3. 姓 (漢字)

□□□□□□□□

4. 名 (漢字)

□□□□□□□□

5. フリガナ (カタカナ)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 生年月日

□□-□□□□□□□□ (2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

7. 資格取得年月日

□□-□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

8. 雇用継続交流採用開始年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

9. 雇用継続交流採用終了年月日

□□-□□□□□□□□ (4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

10. 出向先官署コード

□□

※ 11. 交流採用記録取消

□

- 01...内閣官房 02...内閣法制局
- 03...人事院 04...内閣府 (宮内庁及び国家公安委員会を除く)
- 05...宮内庁 06...国家公安委員会
- 07...防衛省 08...総務省
- 09...法務省 10...外務省
- 11...財務省 12...文部科学省
- 13...厚生労働省 14...農林水産省
- 15...経済産業省 16...国土交通省
- 17...環境省 18...会計検査院
- 99...その他

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

雇用保険法施行規則第12条の2の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 事業所名 (所在地)

公共職業安定所長 殿 電話番号 記名押印又は署名

事業主氏名 印

備考

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	----	----	----	---	-----

様式第9号の2(第12条の2関係)(第2面)

注 意

- 1 この届は、被保険者が国と民間企業との間の人事交流に関する法律第 2 1 条第 1 項に規定する雇用継続交流採用職員でなくなったときに、これを雇用する事業主が、当該事実のあった日の翌日から起算して 1 0 日以内に、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所の長に提出してください。
- 2 この届の提出にあたっては、当該被保険者が雇用継続交流採用職員でなくなったことの実態及び雇用継続交流採用職員であった期間を証明することができる書類を添えてください。
- 3 届の記載について
 - (1) □□□□ で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
 - (2) 記載すべき事項のない欄は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
 - (3) 枠からはみださないように大きめのカタカナ、漢字（3、4欄に限る。）又はアラビア数字の標準字体により明瞭に記載してください。
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：団-団□、団-団□）、また、「中」及び「エ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
 - (4) 1欄は、事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「□」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。
2欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください。
なお、被保険者番号が16桁（上下段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載してください。
 - (5) 5欄には、被保険者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けてください。
 - (6) 6欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。（例：昭和51年2月2日→3□5□1□0□2□0□2）
 - (7) 7欄には、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書又は雇用保険被保険者証に記載されている資格取得年月日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (8) 8欄には、被保険者が雇用継続交流採用を開始した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (9) 9欄には、被保険者が雇用継続交流採用を終了した日を、6欄の場合と同様に記載してください。
 - (10) 10欄の官署コードは、該当する官署の番号を記載してください。
 - (11) 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記してください。
 - (12) 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。

※

公 共 職 業 安 定 所 記 載 欄

確認通知 令和 年 月 日

様式第 10 号の 4 (第 17 条の 2 関係)

未支給失業等給付請求書

様式第十号の二の二及び様式第十号の三中「五号」を「四号」に改める。
様式第十号の四を次のように改める。

1. 死亡した者	氏 名			支 給 番 号		
				被 保 険 者 番 号		
	個 人 番 号					
	死 亡 の 当 時 の 住 所 又 は 居 所					
	死 亡 年 月 日	令 和	年	月	日	
2. 請 求 者	氏 名 (カ ナ)					
	氏 名					
	個 人 番 号					
	生 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日	性 別
		令 和				
	住 所 又 は 居 所					
	死 亡 した 者 と の 関 係					
3. 請 求 する 失 業 等 給 付 の 種 類	基本手当・技能習得手当・寄宿手当・傷病手当・高年齢求職者給付金・特例一時金・日雇労働求職者給付金・就業手当・再就職手当・就業促進定着手当・常用就職支度手当・移転費・求職活動支援費・教育訓練給付金・教育訓練支援給付金・高年齢雇用継続基本給付金・高年齢再就職給付金・育児休業給付金・介護休業給付金					
上記により未支給の失業等給付の支給を請求します。 令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 請求者氏名 印 地方運輸局長						
※公共職業安定所又は 地方運輸局記載欄						
	所 属 長		次 長		課 長	係 長
						係

注意

- この請求書は、受給資格者、高年齢受給資格者、特例受給資格者、日雇労働求職者給付金の支給を受けることができる者、教育訓練給付金若しくは教育訓練支援給付金の支給を受けることができる者又は雇用継続給付の支給を受けることができる者（以下「受給資格者等」という。）が死亡した日の翌日から起算して6か月以内に、原則として死亡した受給資格者等の死亡の当時の住所又は居所を管轄する公共職業安定所又は地方運輸局長（ただし、教育訓練給付金、教育訓練支援給付金、高年齢雇用継続基本給付金、高年齢再就職給付金、育児休業給付金、介護休業給付金は公共職業安定所の長に限る。）に提出すること。
- 1の個人番号欄には請求者が死亡した者の個人番号を記載してください。2の個人番号欄には請求者の個人番号を記載してください。
- 2の生年月日欄については、該当する年号を○で囲むこと。
- 3欄については、請求しようとする失業等給付を○で囲むこと。
- この請求書には、受給資格者証、高年齢受給資格者証、特例受給資格者証又は被保険者手帳のほか次の書類を添えること。ただし、(4)から(18)までの書類については、死亡した受給資格者等が既に提出している場合は、添える必要がないこと。
 - 死亡の事実及び死亡の年月日を証明できる書類……死亡診断書等
 - 請求者と死亡した受給資格者等との続柄を証明することができる書類……戸籍謄本等
 - 請求者が死亡した受給資格者等と生計を同じくしていたことを証明することができる書類……住民票の謄本等
 - 基本手当、高年齢求職者給付金又は特例一時金を請求するとき……失業認定申告書
 - 技能習得手当又は寄宿手当を請求するとき……公共職業訓練等受講証明書
 - 傷病手当を請求するとき……傷病手当支給申請書
 - 就業手当を請求するとき……就業手当支給申請書
 - 再就職手当を請求するとき……再就職手当支給申請書
 - 就業促進定着手当を請求するとき……就業促進定着手当支給申請書
 - 常用就職支度手当を請求するとき……常用就職支度手当支給申請書
 - 移転費を請求するとき……移転費支給申請書
 - 求職活動支援費を請求するとき……求職活動支援費支給申請書
 - 教育訓練給付金を請求するとき……教育訓練給付金支給申請書、教育訓練給付金（第101条の2の7第2号関係）支給申請書又は、教育訓練給付金（第101条の2の7第3号関係）支給申請書
 - 教育訓練支援給付金を請求するとき……教育訓練支援給付金受講証明書
 - 高年齢雇用継続基本給付金、高年齢再就職給付金を請求するとき……高年齢雇用継続基本給付支給申請書
 - 育児休業給付金を請求するとき……育児休業給付金支給申請書
 - 介護休業給付金を請求するとき……介護休業給付金支給申請書
 - その他必要な書類
- 請求者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- ※印欄には、記載しないこと。

様式第16号(第31条、第31条の3、第101条の2の5関係)(2)

受給期間・教育訓練給付適用対象期間延長申請書

様式第十六号(2)を次のように改める。

1 申請者	氏 名	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
	住所又は居所	(電話)				
2 申請する延長の種類	受給期間 ・ 教育訓練給付適用対象期間					
3 離職年月日	令和 年 月 日	4 被保険者となった年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
5 被保険者番号						
6 支給番号						
7 この申請書を提出する理由	イ 妊娠、出産、育児、疾病、負傷等により職業に就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができないため ロ 定年等の理由により離職し、一定期間求職の申込みをしないことを希望するため 具体的理由					
8 職業に就く(対象教育訓練の受講を開始する)ことができない期間又は求職の申込みをしないことを希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	※ 処理欄	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
※ 延長後の受給(教育訓練給付適用対象)期間満了年月日	令和 年 月 日					
9 7のイの理由が疾病又は負傷の場合	傷病の名称	診療機関の名称・診療担当者				
雇用保険法施行規則第31条第1項・第31条の3第1項の規定により受給期間の延長、第101条の2の5第1項の規定により教育訓練給付に係る適用対象期間の延長を上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 (印) 公共職業安定所長 殿						
備考	離職票交付安定所名					
	離職票交付年月日					
	離職票交付番号					

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

様式第 25 号 (第 71 条関係)

様式第二十五号を次のように改める。

雇用保険日雇労働被保険者資格取得届

※	所長	次長	課長	係長	係

※被保険者番号					
1. 氏 名	2. 性別	男・女	3. 生年月日	大昭平令 年 月 日	
4. 住所又は居所					
5. 個人番号					
6. 職 種	7. 雇用保険法第 43 条第 1 項第 1 号から第 3 号までのいずれかに該当するに至った年月日		令和 年 月 日		
雇用保険法施行規則第 71 条の規定により上記のとおり届けます。					
令和 年 月 日					
被保険者氏名					印
公共職業安定所長 殿					

- 注 意
- 1 ※印欄には、記載しないこと。
 - 2 被保険者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

様式第 26 号 (第 72 条関係)

雇 用 保 険
日 雇 労 働 被 保 険 者 任 意 加 入 申 請 書

様式第二十六号を次のように改める。

※	所長	次長	課長	係長	係

※被保険者番号					
1. 氏 名		2. 性 別	男・女	3. 生 年 月 日	大 昭 平 令 年 月 日
4. 住所又は居所				5. 職 種	
<p>雇用保険法施行規則第 72 条の規定により上記のとおり日雇労働被保険者任意加入についての認可を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">記名押印又は署名</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">公共職業安定所長 殿</p>					
※認可の可否		※	認 可 年 月 日 年 月 日		
※理 由					

- 注 意
- ※印欄には、記載しないこと。
 - 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

様式第 28 号(第 74 条関係)

雇 用 保 険

日雇労働被保険者資格継続認可申請書

※

所長	次長	課長	係長	係

様式第二十八号を次のように改める。

1. 氏 名		2. 性 別	男・女	3. 生 年 月 日	大昭平令	年 月 日
4. 住 所 又 は 居 所				5. 被 保 険 者 番 号		
6. 継 続 雇 用 され た 月 又 は 期 間						
継 続 雇 用 され た 事 業 主	7. 氏 名					
	8. 住 所					
継 続 雇 用 され た 事 業 所	9. 名 称					
	10. 所 在 地					
<p>雇用保険法施行規則第 74 条第 1 項の規定により上記のとおり日雇労働被保険者の資格の継続についての認可を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: right;">記名押印又は署名 印</p> <p style="text-align: center;">公共職業安定所長 殿</p>						
※ 認 可 の 可 否		※ 理 由				

注 意

- 6 欄から 10 欄までには、2 月の各月において 18 日以上又は継続して 31 日以上同一の事業主の適用事業に雇用された場合のその月又は期間、事業主及び事業所を記載すること。
- 継続雇用された事業主が法人の場合は、7 欄には法人の名称及び代表者の氏名を、8 欄には法人の主たる事務所の所在地を記載すること。
- 9 欄及び 10 欄には、継続雇用された事業所の名称及び所在地が 7 欄及び 8 欄の記載と異なる場合にのみ記載すること。
- 被保険者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- ※印欄には、記載しないこと。

様式第33号の2の5 (第1面)

教育訓練給付金 (第101条の2の7第3号関係) 支給申請書

(必ず第 2 面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

12505

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

1. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□□□

2. 受講開始年月日

□□-□□□□□□□□ (4平成 5令和)
元号 年 月 日

3. 指定番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

教育訓練施設の名称

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

教育訓練講座名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

教育訓練講座の受講をあっせんした販売代理店等及び販売員の名称

(販売代理店等) □□□□□□□□□□ (販売員) □□□□□□□□□□

4. 受講修了年月日

□□-□□□□□□□□
元号 年 月 日

5. 資格等取得年月日

□□-□□□□□□□□
元号 年 月 日

取得資格名称

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 就職年月日

□□-□□□□□□□□
元号 年 月 日

就職先事業所名

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業主の証明

① 就職先の事業所	名称	〒		(雇用保険) 事業所番号	-		-	
	所在地	(電話番号)		事業の種類				
② 雇入年月日	令和 年 月 日	③ 職種	④一週間の所定労働時間		時間	分	⑤賃金月額	万 千円
⑥ 雇用期間	ア 定めなし イ 定めあり		令和 年 月 日まで	契約更新条項 (ア有 イ無)		1年を超えて雇用する見込み (ア有 イ無)		
上記の記載事実に誤りのないことを証明する。 令和 年 月 日 事業主氏名 印 (法人のときは名称及び代表者氏名)								

7. 教育訓練経費 (1回目)	円 (追納金額)	円
8. 教育訓練経費 (2回目)	円 (追納金額)	円
9. 教育訓練経費 (3回目)	円 (追納金額)	円
10. 教育訓練経費 (4回目)	円 (追納金額)	円
11. 教育訓練経費 (5回目)	円 (追納金額)	円
12. 教育訓練経費 (6回目)	円 (追納金額)	円
13. 教育訓練経費 (7回目)	円 (追納金額)	円
14. 教育訓練経費 (8回目)	円 (追納金額)	円

雇用保険法施行規則第101条の2の12第6項の規定により、上記のとおり教育訓練給付金 (第101条の2の7第3号関係) の支給を申請します。
令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿
申請者氏名 印

※ 記載欄 15. 教育訓練給付金追加給付支給・不支給決定年月日 □□-□□□□□□□□ (4平成 5令和) 元号 年 月 日

16. 未支給区分 □ (空欄 未支給以外 1 未支給)

17. 支払区分 □

18. 不支給理由 □ (1 資格等未取得 2 未就職 3 申請期限)

備考						
※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者	

※ 処理欄	決定年月日	令和 年 月 日			
	支給決定額	円			
	不支給決定理由				
	通知年月日・合格証等	令和 年 月 日 ()			
資格者証	受講証明	領収書	本人・住所	運・健・出・住・印	本・代・郵

様式第三十三号の二の五 (第一面) を次のように改める。

様式第33号の2の7 (第1面)

教育訓練支援給付金受講証明書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

11503

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

様式第三十三号の二の七(第一面)を次のように改める。

1 受講者氏名																												
2 証明対象期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																											
3 教育訓練講座名																												
4 右のカレンダーに該当する印をつけるとともに、開講日数、出席等日数、出席率を記入してください。 (1)教育訓練が行われなかった日(日・祝日等) =印 (2)教育訓練を一部のみ受けた日 Δ印 (3)教育訓練を受けなかった日 ×印	月							月							月													
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7							
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14							
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21							
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28							
	29	30	31					29	30	31					29	30	31											
開講日数 日							出席等日数 日							出席率 %														
5 特記事項	上記の記載事実と誤りのないことを証明する。 令和 年 月 日 公共職業安定所長殿 指定教育訓練実施者名 教育訓練施設の名称 所在地 電話番号 長の職名・氏名 印																											

6 失業と受講の認定を受けようとする期間中に、就職をしましたか。	ア した [就職をした日は○印を右のカレンダーに記入してください。] イ していない	月							月							月											
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7					
		8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14					
		15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21					
		22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28					
		29	30	31					29	30	31					29	30	31									
7 就職もしくは自営した人又はその予定のある人が記入してください。	ア 就職	(1) 公共職業安定所又は地方運輸局紹介 (2) 地方公共団体又は職業紹介事業者紹介 (3) 自己就職							(就職先事業所) 事業所名 () 所在地 (〒)																		
	イ 自営	月 日より就職(予定)							電話番号 ()																		
		月 日より自営業開始(予定)							電話番号 ()																		
雇用保険法施行規則附則第28条の規定により、上記のとおり申し、教育訓練支援給付金の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 印 公共職業安定所長 殿 被保険者番号 ()																											

※公共職業安定所記載欄	1. 被保険者番号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□	2. 受講開始年月日	□□□□□□□□□□□□□□ (4平成 5令和) 元号 年 月 日
	3. 未支給区分	□ (空欄 未支給以外 1 未支給)	4. 支払区分	□
	5. 支給期間その1 (初日) (末日)	□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 元号 年 月 日 月 日	6. 認定日数その1	□□□□
	7. 不支給理由その1	□ (1 就職 2 受講不良 3 その他)	9. 認定日数その2	□□□□
	8. 支給期間その2 (初日) (末日)	□□□□□□□□□□□□□□□□□□ 元号 年 月 日 月 日	10. 不支給理由その2	□ (1 就職 2 受講不良 3 その他)
	11. 就職年月日-経路	□□□□□□□□□□□□□□ (4平成 5令和) 元号 年 月 日	12. 離職年月日-離職理由	□□□□□□□□□□□□□□ (4平成 5令和) 元号 年 月 日

備考	※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者
----	------	----	----	----	---	-----

様式第33号の3 (第101条の5、第101条の7関係) (第1面)

高年齢雇用継続給付受給資格確認票・(初回) 高年齢雇用継続給付支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

14300

2. 被保険者番号

□□□□-□□□□□□□□□□

4. 事業所番号

□□□□-□□□□□□□□□□

<賃金支払状況>

6. 支給対象年月その1

□□-□□□□□□□□
元号 年 月

7. 6欄の支給対象年月に支払われた賃金額

□□□□□□□□□□
円

8. 賃金の減額があった日数

□□
日

10. 支給対象年月その2

□□-□□□□□□□□
元号 年 月

11. 10欄の支給対象年月に支払われた賃金額

□□□□□□□□□□
円

12. 賃金の減額があった日数

□□
日

14. 支給対象年月その3

□□-□□□□□□□□
元号 年 月

15. 14欄の支給対象年月に支払われた賃金額

□□□□□□□□□□
円

16. 賃金の減額があった日数

□□
日

1. 個人番号

□□□□□□□□□□□□□□□□

3. 資格取得年月日

□□-□□□□□□□□ (3 昭和 4 平成 5 令和)
元号 年 月 日

5. 給付金の種類

□ (1 基本給付金 2 再就職給付金)

9. みなし賃金額

□□□□□□□□□□
円

13. みなし賃金額

□□□□□□□□□□
円

17. みなし賃金額

□□□□□□□□□□
円

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

様式第三十三号の三(第一面)を次のように改める。

※公共職業安定所記載欄	60歳到達時等賃金登録欄	18. 賃金月額 (区分一日額又は総額)	19. 登録区分	20. 基本手当の受給資格	21. 定年等修正賃金登録年月日
	高年齢雇用継続給付受給資格確認票目記載欄	22. 受給資格確認年月日	23. 支給申請月	24. 次回(初回)支給申請年月日	25. 支払区分
		26. 金融機関・店舗コード	口座番号	27. 未支給区分	

その他賃金に関する特記事項

28.	29.	30.
-----	-----	-----

上記の記載事実に誤りのないことを証明します。

事業所名 (所在地・電話番号)

令和 年 月 日 事業主氏名 印

上記のとおり高年齢雇用継続給付の受給資格の確認を申請します。

雇用保険法施行規則第101条の5・第101条の7の規定により、上記のとおり高年齢雇用継続給付の支給を申請します。

令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 住所 フリガナ 申請者氏名 印

払渡希望金融機関指定届	払渡希望金融機関	フリガナ		金融機関コード	店舗コード	金融機関による確認印
		名称	本店 支店			
		銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	口座番号 (普通)			
		ゆうちょ銀行	記号番号 (総合)			

◆ 金融機関へのお願い

雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、次のことについて御協力をお願いします。

1. 上記の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等(ゆうちょ銀行以外)」の「口座番号」欄(「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄)を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。

2. 金融機関コード及び店舗コードを記入してください(ゆうちょ銀行の場合を除く。)

備考	賃金締切日	日	賃金支払日	当月・翌月	日	賃金形態	月給・日給・時間給	※ 資格確認の可否	可	否
	所定労働日数	6欄	日	10欄	日	14欄	日		年齢確認書類	住・免・()
	通勤手当	有 (毎月・3か月・6か月)							資格確認年月日	令和 年 月 日
								通知年月日	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・事務代理者の表示	氏名	電話番号	※ 所長	次長	課長	係長	係	操作者
------------	----------------------	----	------	------	----	----	----	---	-----

様式第三十三号の三の二を次のように改める。

様式第33号の3の2 (第101条の5、第101条の7関係) (第1面)

高年齢雇用継続給付支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

13301

氏名

給付金の種類
 (1) 基本給付金
 (2) 再就職給付金

事業所番号

管轄区分

1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日

要件該当日

支給対象年月

支給申請月

前回処理年月日

賃金月額額の75% (旧85%)

賃金月額額の61% (旧64%)

＜賃金支払状況＞

3. 支給対象年月その1

4. 3欄の支給対象年月に支払われた賃金額

5. 賃金の減額があった日数

6. みなし賃金額

7. 支給対象年月その2

8. 7欄の支給対象年月に支払われた賃金額

9. 賃金の減額があった日数

10. みなし賃金額

11. 支給対象年月その3

12. 11欄の支給対象年月に支払われた賃金額

13. 賃金の減額があった日数

14. みなし賃金額

※ 15. 未支給区分

16. 出カ区分

17. 次回支給申請年月日

(4平成 5令和)

上記の記載事項に誤りがないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名 (所在地・電話番号)
事業主氏名

印

雇用保険法施行規則第101条の5・第101条の7の規定により、上記のとおり高年齢雇用継続給付の支給を申請します。

令和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

申請者氏名

印

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

様式第33号の3の2 (第101条の5、第101条の7関係) (第2面)

その他賞金に関する特記事項

18.	19.	20.
-----	-----	-----

作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
社会保険 労務士 記載欄		印

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

備	賞金締切日	日	賞金支払日	当月・翌月	日
	賞金形態	月給・日給・時間給・			
通	所定労働日数	3欄	日	7欄	日
	通勤手当	有 (毎月・3か月・6か月・		11欄	日
考					無)・無

※ 支給決定年月日 令和 年 月 日

注意

- この申請書は、指定された次回支給申請日に事業主を経由して事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することができます。また、この支給申請については指定された次回支給申請月に行わなければ、特別の事情があると認められない限りその支給を行うことはできません。
なお、初回の支給申請は、この申請書に六十歳到達時等賞金証明書及び高年齢雇用継続給付受給資格確認票を添付して最初に支給を受けようとする支給対象月の初日から起算して4カ月以内に行ってください。この場合、平成16年1月1日以前に既に高年齢雇用継続給付の受給資格が確認されている場合には、六十歳到達時等賞金証明書及び受給資格確認票の添付は必要ありません。また、初回の支給申請前に既に六十歳到達時等賞金証明書及び受給資格確認票を提出し、受給資格等の無効を行い、受給資格確認通知書を交付されている場合には、これらの書類の添付に代えて支給申請書にその通知書添えて事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出してください。
- 申請は正しくしてください。偽りの記載をして提出した場合、以後高年齢雇用継続給付を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 3欄、7欄及び11欄には、支給を受けようとする支給対象月を記載し、月が1桁の場合は、それぞれ100の位の部分に「0」を付加して2桁で記載してください。
- 支給対象月において被保険者資格喪失した後一日の空白もなく別の事業主に雇用され被保険者資格を取得したときも、支給の対象となります。この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賞金については、備考欄にその額を記載の上、その事業主の確認印を押印してもらってください。
- 4欄、8欄及び12欄には、各々3欄、7欄及び11欄に記載した支給対象月に支払われた賞金 (臨時の賞金及び3カ月を超える期間ごとに支払われる賞金を除く。)の額を記載してください。
(1) 賞金に含まれるか否かが判断しかねるものについては、各々18欄、19欄及び20欄にその額とその名称を記載してください。
(2) 出向中の被保険者であって、出向元及び出向先の双方から賞金が支払われている場合は、その賞金の合計額を記載してください。この場合、下記11の賞金台帳により賞金の額が確認できない賞金については、備考欄にその額を記載の上、その賞金を支払った事業主の確認印を押印してもらってください。
(3) 賞金締切日、賞金支払日、賞金形態、4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月ごとの所定労働日数 (賞金形態が日給又は時間給の場合)並びに通勤手当に関する事項について、備考欄に記載してください。
- 5欄、9欄及び13欄には、各々4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月において非行、疾病、負傷、事業所の休業、私事等により賞金の全部又は一部の支払を受けることができなかった日の数を記載してください (該当する日がない場合は「0」と記載してください。)。この場合、4欄、8欄及び12欄に記載した賞金の支払いに係る月において賞金の減額の対象となつた日に支払いを受けることができなかつた賞金の額を各々18欄、19欄及び20欄に記載してください。
- 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。
- 記載すべき事項のない欄又は記入欄は空欄のままとし、※印の付いた欄又は記入欄には記載しないでください。
- 事業主は、記載事実と異りないことの証明を行ってください。
- 事業主が偽りの証明をした場合には、不正に受給した者と連帯して、不正に受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- この支給申請書の提出に際しては、賞金額等その記載内容を確認できる賞金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 本手続は電子申請による申請が可能です。
なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。
- 本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者本人の申請であることを証明することをもち、当該被保険者の (電子) 署名に代えることができます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

様式第 33 号の 4 (第 101 条の 5 関係)

雇用保険被保険者六十歳到達時等賃金証明書(安定所提出用)

様式第三十三号の四を次のように改める。

① 被保険者番号		③ フリガナ		
② 事業所番号		60歳に達した者の氏名		
④ 名称 事業所所在地 電話番号		⑤ 60歳に達した者の住所又は居所 電話番号 () -		
⑥ 60歳に達した日等の年月日 平成 年 月 日		⑦ 60歳に達した者の生年月日 昭和 年 月 日		
この証明書の記載は、事実と相違ないことを証明します。 住所 事業主 氏名			⑧ 60歳に達した者の確認印又は自筆による署名	
60歳に達した日等以前の賃金支払状況等				
⑧ 60歳に達した日等に離職したとみなした場合の被保険者期間算定対象期間 60歳に達した日等の翌日 月 日	⑨ ⑧の期間における賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間 60歳に達した日等	⑪ ⑩の基礎日数	⑬ 備考
			⑫ 賃金 額 A B 計	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日	
⑭ 賃金に関する特記事項		六十歳到達時等賃金証明書受理 令和 年 月 日 (受理番号 番)		
※ 公共職業安定所記載欄				

(注)

本手続は電子申請による申請が可能です。
 なお、本手続について、社会保険労務士が事業主の委託を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送信することをもって、本証明書に係る当該事業主の電子署名に代えることができます。
 また、本手続について、事業主が本申請書の提出に関する手続を行う場合には、当該事業主が被保険者から、当該被保険者が六十歳到達時等賃金証明書の内容について確認したことを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の(電子)署名に代えることができます。この場合の60歳に達した者の確認印又は自筆による署名欄には、60歳に達した者の確認印又は自筆による署名に代えて「申請について同意済み」と記載してください。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		⑮	

※	所長	次長	課長	係長	係

様式第三十三号の五の二を次のように改める。

様式第33号の5の2 (第101条の13関係) (第1面)

育児休業給付金支給申請書

(必ず第2面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別 支給申請期間 氏名 1. 被保険者番号

2. 資格取得年月日 3. 育児休業開始年月日 支給単位期間その1 (初日～末日) 支給単位期間その2 (初日～末日)

事業所番号 管轄区分 支給終了年月日 出産年月日 前処理年月日

4. 支給単位期間その1 (初日) (末日) (平成/令和)

元号 年 月 日 (4 平成) (5 令和)

8. 支給単位期間その2 (初日) (末日) (平成/令和)

元号 年 月 日 (4 平成) (5 令和)

12. 最終支給単位期間 (初日) (末日) (平成/令和)

元号 年 月 日 (4 平成) (5 令和)

16. 職場復帰年月日 17. 支給対象となる期間の延長事由一期間

元号 年 月 日 事由 元号 年 月 日

18. 配偶者 19. 配偶者の被保険者番号

元号 年 月 日

20. 次回支給申請年月日 21. 延長等 22. 未支給区分

元号 年 月 日 (空欄 未支給) (以外 未支給)

(なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク(▲)の所で折り曲げてください。)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

上記の記載事実と誤りがないことを証明します。

令和 年 月 日 事業所名 (所在地・電話番号) 印

令和 年 月 日 事業主氏名

令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 申請者氏名 印

様式第33号の50の2 (第101条の13関係) (第2面)

その他賃金に関する特記事項

23.

24.

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			印

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者
---	-----	-----	-----	-----	---	-------

賃金締切日	日	賃金支払日	当月・翌月	日
通勤手当	有	(毎月・3か月・6か月・)	・無	
雇用期間	(雇6か月後の延長する場合に記載) 〇 定めなし □ 定めあり 令和 年 月 日まで			

※ 支給決定年月日 令和 年 月 日

注意

- 提出期間について
この申請書は、指定された次回支給申請日に、事業主を経由して事業所の所在地を管轄する公営職業安定所に提出してください。ただし、やむを得ない理由のため事業主を経由して提出することが困難である場合には、申請者本人が提出することになります。
なお、初回の支給申請に際しては、最初の支給単位期間の初日から算して4か月を経過する日の属する月の末日までに行ってください。
- 申請修正を行うことについて、偶りの記載をして提出した場合は、以後育児休業給付を受けることができなくなるほか、不正に支給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- 申請書の記載について
(1) 4欄及び8欄には、各々第1面の「支給単位期間その1」及び「支給単位期間その2」の初日から末日までを記載してください。1か月分を申請する場合は、「支給単位期間その1」のみ記載し、申請を行うこともできます。なお、年、月又は日は日付1桁の場合は、それぞれ10の部分を「0」を付加して2桁で記載してください。
なお、申請所長においては、すでに育児休業が終了して2桁で記載していただく場合、最終支給単位期間に係る申請については、12欄に記載してください。
(2) 5欄、9欄及び14欄には、各々4欄、8欄及び12欄に記載した支給単位期間を含む3か月分の支給単位期間について申請できますので、最終支給単位期間に係る申請については、12欄に記載してください。
(3) 6欄、10欄及び14欄の就業開始日については、就業開始した就業日(就業開始した就業日)を記入してください。
(4) 1-の支給単位期間について、被保険者資格の喪失後1年以内の空白も、別事業主に雇用されたことも支給申請の対象となります。この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賃金については、7欄、11欄及び15欄に記載する賃金額に上るとともに、備考欄にその額を記載し、その事業主の捺印を申請してください。
(5) 7欄、11欄及び15欄には、各々4欄、8欄及び12欄に記載した支給単位期間について支払われた賃金(通常の賃金、3か月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く。)の額を記載してください。なお、その賃金は育児休業期間外を対象とした賃金の総額を指すものとします。
また、賃金の総額日、賃金支払日、通勤手当及び雇用期間(1歳6か月後の延長をする場合に限る。)に関する事項について備考欄に記載し、併せて賃金に含まれるか判断しかねるものについては、各々24欄及び244欄にその額とその名称として、賃金の総額を記載してください。
16欄には、育児休業給付決定通知書の第1面の「支給期間末日」前に休業を終了した場合は、その休業を終了して職場復帰した日を記載してください。
(6) 7欄の支給申請においては、3か月分の支給申請については、その子が1歳に達する日(1歳に達する日)を記入してください。
(7) 17欄には、育児休業給付金の請求の理由により引き継ぎ育児休業を取得し、育児休業給付金の支給申請を行う場合、この期間に記入してください。この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賃金については、7欄、11欄及び15欄に記載する賃金額に上るとともに、備考欄にその額を記載し、その事業主の捺印を申請してください。
(8) 17欄の実施が行われていない理由により引き継ぎ育児休業を取得し、育児休業給付金の支給申請を行う場合、この期間に記入してください。この場合において、被保険者資格喪失前の事業主から支払われた賃金については、7欄、11欄及び15欄に記載する賃金額に上るとともに、備考欄にその額を記載し、その事業主の捺印を申請してください。
(9) 18欄及び19欄は、「ハバ・ス・ヤ」育児休業「1」制度により、育児休業に係る子が1歳以降1歳2か月未満までの期間のみ育児休業を取得する場合のみ記載してください。
(10) 18欄には、被保険者の配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情を含む。)以下同じ。)が同一の子について既に育児休業を取得している(していた)場合に「1」と記載してください。
(11) 19欄には、18欄に記載した場合に配偶者の被保険者番号を記載し、(配偶者が公務員である場合や被保険者でない場合、不明な場合は空欄で構いません)。
住民票の写し、学校保健施設の記載欄であることを確認できる賃金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 必要ありません。
- 記載すべき事項のない欄又は記入内容は空欄のままとし、※印の付いた欄又は記入枠には記載しないでください。
- 事業主が誤りの証明をしていない場合は、不正に支給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。
- この支給申請書の提出に際しては、賃金簿等の記載内容を確認できる賃金台帳、出勤簿等をご持参ください。
- 申請書に記入する場合は、記名押印又は署名により記載してください。
- 本手帳は電子申請による申請が可能です。
- なお、本手帳について、社会保険労務士が事業主の委任を受け、電子申請により本申請書の提出に関する手続きを行う場合には、当該社会保険労務士が被保険者から委託を受けた者であることを証明するものを本申請書の提出と併せて送付することをもって、事業主が本申請書の提出に関する手続きを行う場合には、当該社会保険労務士が被保険者本人の申請であることを証明するものを提出させ、保存しておくことをもって、当該被保険者の(電子)署名に代えることとさせていただきます。この場合の申請者氏名欄には、申請者氏名(代えて)申請と記載してください。

様式第33号の6 (第101条の19関係) (第1面)

介護休業給付金支給申請書

(必ず第 2 面の注意書きをよく読んでから記入してください。)

帳票種別

15601

1. 介護休業被保険者の個人番号

12桁の個人番号入力欄

2. 被保険者番号

10桁の被保険者番号入力欄

3. 資格取得年月日

年月日入力欄 (昭和 平成 令和)

4. 事業所番号

10桁の事業所番号入力欄

5. 姓 (漢字)

姓の漢字入力欄

6. 名 (漢字)

名の漢字入力欄

7. 介護休業開始年月日

年月日入力欄

8. 介護対象家族の個人番号

12桁の介護対象家族の個人番号入力欄

9. 介護対象家族の姓 (カタカナ)

姓のカタカナ入力欄

10. 介護対象家族の名 (カタカナ)

名のカタカナ入力欄

11. 介護対象家族の性別

性別入力欄 (1男 2女)

12. 介護対象家族の続柄

続柄入力欄 (1配偶者 2父母 3子 4配偶者の父母 5祖父母 6兄弟姉妹 7孫)

13. 介護対象家族の姓 (漢字)

姓の漢字入力欄

14. 介護対象家族の名 (漢字)

名の漢字入力欄

15. 介護対象家族の生年月日

生年月日入力欄 (明治 平成 昭和)

16. 支給対象期間その1 (初日)

初日年月日入力欄

(末日)

末日年月日入力欄

17. 全日休業日数

全日休業日数入力欄

18. 支払われた賃金額

支払われた賃金額入力欄 (円)

19. 支給対象期間その2 (初日)

初日年月日入力欄

(末日)

末日年月日入力欄

20. 全日休業日数

全日休業日数入力欄

21. 支払われた賃金額

支払われた賃金額入力欄 (円)

22. 支給対象期間その3 (初日)

初日年月日入力欄

(末日)

末日年月日入力欄

23. 全日休業日数

全日休業日数入力欄

24. 支払われた賃金額

支払われた賃金額入力欄 (円)

25. 介護休業終了年月日

年月日入力欄

(介護休業期間が93日未済のとき記入)

26. 終了事由

終了事由入力欄 (1 職場復帰 2 休業事由の消滅)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

様式第三十三号の六(第一面)を次のように改める。

27. 賃金月額 (区分一別額又は総額) 28. 同一対象家族に係る介護休業開始年月日 29. 期間雇用者の継続雇用の見込み 30. 支払区分 31. 金融機関・店舗コード 32. 未支給区分 33. 処理区分 34. 特殊事項

上記被保険者が介護休業を取得し、上記の記載事実と誤りがないことを証明します。 事業所名 (所在地・電話番号) 令和 年 月 日 事業主氏名 印

雇用保険法施行規則第 101 条の 19 の規定により、上記のとおり介護休業給付金の支給を申請します。 令和 年 月 日 公共職業安定所長 印 住所 フリガナ 申請者氏名

Table with columns: 払渡希望金融機関指定届, 払渡希望金融機関, フリガナ (名称, 銀行等, ゆうちょ銀行), 金融機関コード, 店舗コード, 金融機関による確認印, 口座番号 (普通), 記号番号 (総合)

◆ 金融機関へのお願い 雇用保険の失業等給付を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、次のことについて御協力をお願いします。 1. 上記の記載事項のうち「申請者氏名」欄、「名称」欄及び「銀行等(ゆうちょ銀行以外)」の「口座番号」欄(「ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄)を確認した上、「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押し印してください。 2. 金融機関コード及び店舗コードを記入してください(ゆうちょ銀行の場合を除く。)

備考: 賃金締切日, 賃金支払日, 通動手当, 支給決定年月日, 支給決定額, 不支給理由, 通知年月日

社会保険労務士記載欄: 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示, 氏名, 電話番号, 所長, 次長, 課長, 係長, 係, 操作者

様式第 35 号

雇用保険被保険者資格取得届光ディスク等提出用総括票

(必ず第 2 面の注意事項を読んでから記載してください。)

様式第三十四号(表面)中「本号」を「号」に改める。
様式第三十五号を次のように改める。

1. 事業所名	フリガナ
2. 事業所番号	— — — — — — — — — —
3. 届出年月日	令和 年 月 日
4. 届出被保険者数 届出被保険者氏名	人 ----- 別紙のとおり
5. 資格取得年月日	令和 年 月 日
6. 雇用形態	1. 日雇 2. 派遣 3. パートタイム 4. 有期契約労働者 5. 季節的雇用 6. 船員 7. その他
7. 1 週間の所定労働時間	時間 分
8. 契約期間の定め	1 有 (契約期間令和 年 月 日～令和 年 月 日) 契約更新条項の有無 イ 有 口 無 2 無

備 考 欄	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有無 有 ・ 無	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有無 有 ・ 無	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有無 有 ・ 無	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有無 有 ・ 無	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	資格外活動許可の有無 有 ・ 無	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	その他					

雇用保険法施行規則第 6 条第 1 項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所
事業主 氏 名
電話番号

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号
		印	

※ 取得時被保険者種類

1 一般 2 短期常態 3 短期特例 1 1 高年齢被保険者(65歳以上)

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操作者
---	-----	-----	-----	-----	---	-----

備 考	
	確認通知 令和 年 月 日

注意

- 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届出ること。
 総括票の記載項目については、各項目について2以上の条件を併記してはならず、また、1の光ディスク等、記録媒体に2以上の雇用保険被保険者資格取得届出総括票に対応するデータを記録してはならない。
 また、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。なお、再取得の場合には窓口用フォーマットではなく電子申請用フォーマットの入力方法によること。
 (1) 光ディスク等、記録媒体の種類等
 ア CDで作成する場合、それぞれ、CD-ROMで作成する場合はJIS X 6281、CD-Rで作成する場合はJIS X 6282、CD-RWで作成する場合はJIS X 6283に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
 イ DVDで作成する場合、それぞれ、DVD-ROMで作成する場合はJIS X 6241またはJIS X 6242、DVD-Rで作成する場合はJIS X 6245またはJIS X 6249、DVD-RWで作成する場合はJIS X 6248に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
 ウ 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて1バイトコード(半角)で作成すること。1バイトコードについては、JIS S 8単位符号、2バイトコードはシフトJISコードを使用すること。
 エ 個人データは1ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルボリュームとすること。1の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは窓口用フォーマットは8,000人分、電子申請用フォーマットは1,000人分までとすること。
 オ データ形式はCSV形式とし、窓口用フォーマットの場合は、ファイル名は「shutoku」拡張子は「txt」又は「csv」とすること。
 また、電子申請用フォーマットの場合は、ファイル名は「10101-shutoku」拡張子は「csv」とすること。
 カ 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、取得年月日を記載すること。
 (2) 光ディスク等、記録媒体入力方法(窓口用フォーマット)
 ア 冒頭データ
 事業所名、作成年月日(改行)
 10101(改行)
 イ 個人データ
 1-個人番号、3-1、4-氏名(妨妨)、6-性別、7-生年月日、8-事業所番号、9-資格取得年月日、10-被保険者となったことの原因、11-資金支払いの態様-資金額、12-雇用形態、13-職種、15-就職経路、16-1週間の所定労働時間、17-契約期間の定め、18-被保険者氏名(ローマ字)、19-国籍・地域、20-国籍・地域コード、21-在留資格、22-在留資格コード、23-在留期間、24-資格外活動許可の有無、25-派遣・請負就労区分、30-漢字氏名(改行)
 1-個人番号、3-1、4-氏名(妨妨).....
 (ア) 個人番号：必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号(マイナンバー)を入力すること。
 (イ) 性別：男、女
 (ウ) 生年月日：明治1、大正2、昭和3、平成4、令和5とし〇〇年××月×△日生まれの場合、「該当年号番号〇〇××△△」を入力すること。1桁の場合は、10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。
 (エ) 事業所番号：必ず11桁の事業所番号を入力すること。
 (イ) 資格取得年月日：試用期間、研修期間を含む雇入れの初日を入力すること。令和〇〇年××月×△日の場合、「5-〇〇××△△」を入力すること。1桁の場合は上記(ウ)と同様に入力すること。
 (カ) 被保険者となったことの原因：新規雇用(新規学卒)1、新規雇用(その他)2、日雇からの切替3、その他4、出向元への復帰等(65歳以上)8
 (キ) 資金：月給1、週給2、日給3、時間給4、その他5とし、資格取得年月日現在における支払の態様及び資金月額(臨時の資金、1箇月を超える期間ごとに支払われる資金及び超過勤務手当を除く。)(単位千円...千円未満四捨五入、最大4桁まで、数字のみを入力)との間は“-”で結んで入力すること。
 (ク) 雇用形態：日雇1、派遣2、パートタイム3、有期契約労働者4、季節的雇員5、船員6、その他7
 (ケ) 職種：(1)管理的職業 01 (2)専門的・技術的職業 02 (3)事務的職業 03 (4)販売の職業 04 (5)サービスの職業 05 (6)保安の職業 06 (7)農林漁業の職業 07 (8)生産工程の職業 08 (9)輸送・機械運搬の職業 09 (10)建設・探掘の職業 10 (11)運搬・清掃・包装等の職業 11
 (コ) 就職経路：安定所紹介1、自己就職2、民間紹介3、把握していない4
 (サ) 1週間の所定労働時間：半角数字により〇〇時間××分ときは「〇〇××」を入力すること。1桁の場合は10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。
 例 所定労働時間が38時間0分の場合...16-3800
 (シ) 契約期間の定め：8欄に記載した内容どおり、数字及びイ又はロを並べること。なお、各記載内容の間は“-”で結ぶこと。
 例 契約期間の定め有り(1)、契約期間令和〇〇年××月×△日～令和〇〇年××月×△日、契約更新条件有り(イ)の場合...17-1-5-〇〇××△△-5-〇〇××△△-イ 契約期間の定め無し(2)の場合...17-2
 (ス) 被保険者氏名(ローマ字)：被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で40字以内で在留カード記載順に入力すること。例 18-ROMAJI SHIMEI
 (セ) 国籍・地域：被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。
 (ソ) 在留資格：被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。
 (タ) 在留期間：被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」を入力すること。
 例 2019年3月4日の場合...23-20190304
 (チ) 資格外活動許可の有無：被保険者が外国人の場合に、有1無2を入力すること。
 (ツ) 派遣・請負就労区分：被保険者が外国人の場合に、該当1非該当2を入力すること。
 (テ) 国籍・地域コードと在留資格コードは入力しないこと。
 (3) 光ディスク等、記録媒体入力方法(電子申請用フォーマット)
 ア 管理データ
 (項目行) 都市区符号、事業所記号、通番、作成年月日、代表届書コード、連記式項目バージョン(改行)
 (データ行) 10, 777, 001, 20070720, 22223, 05(改行)
 イ 事業所識別符号
 [kanri](改行)
 ウ 事業所管理データ
 社会保険労務士氏名、事業所情報数(改行)
 .001(改行)
 (項目行) 都市区符号、事業所記号、事業所番号、親番号(郵便番号)、子番号(郵便番号)、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、電話番号、雇用保険適用事業所番号(安定所番号)、雇用保険適用事業所番号(一連番号)、雇用保険適用事業所番号(元号)
 (データ行) 10, 777, 12345, 160, 0023, 東京都新宿区西新宿9-9-9-9, 東京株式会社 鈴木 次郎, 03-1234-XXXX, 1234, 123456, 5(改行)
 エ データ識別符号
 [data](改行)
 オ 個人データ
 (項目行) 帳票種別、安定所番号、個人番号、被保険者番号4桁、被保険者番号6桁、被保険者番号7桁、取得区分、被保険者氏名、被保険者氏名フリガナ(カタカナ)、変更後の氏名、変更後の氏名フリガナ(カタカナ)、性別、生年月日(元号)、生年月日(年)、生年月日(月)、生年月日(日)、事業所番号(安定所番号)、事業所番号(一連番号)、事業所番号(7桁)、資格取得年月日(年)、資格取得年月日(月)、資格取得年月日(日)、被保険者となったことの原因、資金(支払の態様)、資金(資金月額)、雇用形態、職種、就職経路、取得時被保険者種類、番号複数取得チェック不要、1週間の所定労働時間(時間)、1週間の所定労働時間(分)、契約期間の定め、契約期間開始(年)、契約期間開始(月)、契約期間終了(元号)、契約期間終了(年)、契約期間終了(月)、契約期間終了(日)、契約更新条件の有無、事業所名、被保険者氏名(ローマ字)、国籍・地域、国籍地域コード、在留資格、在留期間(年)、在留期間(月)、資格外活動許可の有無、派遣・請負就労区分、備考、あて先、備考欄(備考)、確認通知年月日(元号)、確認通知年月日(年)、確認通知年月日(月)、確認通知年月日(日)(改行)
 (データ行1) 10101, 123456789123, 1234, 005678, 5, 1, 漢字 氏名 カジシ、1, 昭和, 35, 01, 01, 1234, 123456, 5, 平成, 14, 04, 01, 1, 0300, 7, 1, 1, 40, 20, 無, 東京株式会社, KANJI SHIMEI, ブラジル, 永住者, ..., 2, 2, 飯田橋, ... (改行)
 (データ行2) 10101, 123456789123, 1234, 005678, 1,
 (ア) 帳票種別：「10101」
 (イ) 個人番号：必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号(マイナンバー)を入力すること。
 (ウ) 被保険者番号：「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を4桁(一連番号)、6桁(一連番号)、1桁(7桁)に分けて入力すること。
 (エ) 取得区分：新規1、再取得2
 (オ) 性別：男、女
 (ウ) 生年月日：元号は明治、大正、昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、〇〇年××月×△日生まれの場合、「〇〇××△△」を入力すること。
 (エ) 事業所番号：「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を4桁(安定所番号)、6桁(一連番号)、1桁(7桁)に分けて入力すること。
 (イ) 資格取得年月日：元号は令和を漢字で入力すること。年月日は(カ)と同様に入力すること。
 (カ) 被保険者となったことの原因：新規雇用(新規学卒)1、新規雇用(その他)2、日雇からの切替3、その他4、出向元への復帰等(65歳以上)8
 (キ) 資金(支払の態様)：月給1、週給2、日給3、時間給4、その他5
 (ク) 資金(資金月額)：資金月額を0~9999の範囲で入力すること(単位：千円)。
 (ク) 雇用形態：日雇1、派遣2、パートタイム3、有期契約労働者4、季節的雇員5、船員6、その他7
 (ケ) 職種：(1)管理的職業 01 (2)専門的・技術的職業 02 (3)事務的職業 03 (4)販売の職業 04 (5)サービスの職業 05 (6)保安の職業 06 (7)農林漁業の職業 07 (8)生産工程の職業 08 (9)輸送・機械運搬の職業 09 (10)建設・探掘の職業 10 (11)運搬・清掃・包装等の職業 11
 (コ) 就職経路：安定所紹介1、自己就職2、民間紹介3、把握していない4
 (サ) 1週間の所定労働時間：半角数字により〇〇時間××分ときは「〇〇××」を入力すること。1桁の場合は10の位の部分に「0」を付加して2桁で入力すること。
 (例) 所定労働時間が38時間0分の場合、1週間の所定労働時間(時間)に「38」、1週間の所定労働時間(分)に「00」と入力する。
 (タ) 契約期間の定め、契約更新条件の有無：「有」または「無」を入力すること。
 (チ) 契約期間：開始年月日、終了年月日をそれぞれ(カ)と同様に記載すること。
 (ツ) 事業所名：当該被保険者の事業所名を半角、全角に関わらず文字数34文字までで入力すること。
 (テ) 被保険者氏名(ローマ字)：被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で40字以内で在留カード記載順に入力すること。
 (ト) 国籍・地域：被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。
 (ナ) 在留資格：被保険者が外国人の場合に、全角20文字までで入力すること。
 (ニ) 在留期間：被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」を入力すること。
 (ヌ) 資格外活動許可の有無：被保険者が外国人の場合に、有1無2を入力すること。
 (ネ) 派遣・請負就労区分：被保険者が外国人の場合に、該当1非該当2を入力すること。
 (ノ) 備考：半角、全角に関わらず文字数80文字までで入力すること。
 (ハ) あて先：提出先安定所を漢字10文字までで入力すること。(例) 飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力すること。
 ※安定所番号、取得時被保険者種類、番号複数取得チェック不要、備考欄(備考)、確認通知年月日は省略する。
 2 欄は必ず11桁の事業所番号を記載すること。事業所番号が連続した10桁の構成であって、最後の空欄に記載すべき数字が不明な場合は、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に確認して記載すること。
 3 欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届け出る被保険者の名簿(漢字及び読み仮名(妨妨)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名(妨妨))を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
 4 7欄には、届出対象者の5欄に記載した年月日現在における1週間の所定労働時間を記載すること。
 8欄には、該当するものの番号を〇で囲み、1を〇で囲んだ場合には、その契約期間を記載するとともに、契約更新条件の有無について、該当するものの番号をそれぞれで囲むこと。
 9欄内その他欄には、被保険者となったことの原因が日雇からの切替、その他新規採用以外の理由による者がある場合には、その氏名と理由を記載すること。
 ※印のついた欄は記載しないこと。
 8 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
 9 本届出に係る被保険者資格取得者に対象外国人労働者(「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。)が含まれる場合には、以上に加え9欄に、在留カードに記載されている順に氏名(ローマ字)、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。なお、「家族滞在」の在留資格の者等、資格外活動の許可を得て就労する者については、当該許可の有無について、該当するものを〇で囲むこと。また、派遣・請負労働者として主として1欄以外の事業所で就労する者については、〇にチェックすること。

(別紙)

雇用保険被保険者資格取得届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)		漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

(注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一（五十音順）であること。
- 2 対象者が 40 名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名（在留カード記載順）を記載すること。

様式第 36 号 (第 146 条関係) (第 1 面)

雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票

(必ず第 2 面の注意事項を読んでから記載してください。)

様式第三十六号を次のように改める。

1. 事業所名	フリガナ
2. 事業所番号	
3. 届出年月日	令和 年 月 日
4. 届出被保険者数	人
届出被保険者氏名	別紙のとおり
5. 離職年月日	令和 年 月 日
6. 1 週間の所定労働時間	時間 分

備 考 欄	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合 <input type="checkbox"/>
	その他				

雇用保険法施行規則第 7 条第 1 項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

事業主 住所
氏名
電話番号

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号
		印	

備考	
	確認通知 令和 年 月 日

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者	
----	--	----	--	----	--	----	--	---	--	-----	--

注 意

- 1 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届け出ること。
 総括票の記載項目については、各項目について 2 以上の条件を併記してはならず、また、1 の光ディスク等、記録媒体に 2 以上の雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票に対応するデータを記録してはならない。
 なお、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。
- (1) 光ディスク等、記録媒体の種類等
 ア CD で作成する場合、それぞれ、CD-ROM で作成する場合は JIS X 6281、CD-R で作成する場合は JIS X 6282、CD-RW で作成する場合は JIS X 6283 に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608 に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
 イ DVD で作成する場合、それぞれ、DVD-ROM で作成する場合は JIS X 6241 または JIS X 6242、DVD-R で作成する場合は JIS X 6245 または JIS X 6249、DVD-RW で作成する場合は JIS X 6248 に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609 に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
 ウ 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて 1 バイトコード (半角) で作成すること。1 バイトコードについては、JIS 8 単位符号、2 バイトコードはシフト JIS コードを使用すること。
 エ 個人データは 1 ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルボリュームとすること。1 の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは 1,000 人分までとすること。
 オ データ形式は CSV 形式とし、ファイル名は「10191-soshitsu」拡張子は「csv」とすること。
 カ 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、離職年月日を記載すること。
- (2) 光ディスク等、記録媒体入力方法
 ア 管理データ
 (項目行) 郡市区符号、事業所記号、通番、作成年月日、代表届書コード、連記式項目バージョン (改行)
 (データ行) 10,777,001,20070720,22223,03 (改行)
 イ 事業所識別符号
 [kanri] (改行)
 ウ 事業所管理データ
 社会保険労務士氏名、事業所情報数 (改行)
 ,001 (改行)
 (項目行) 郡市区符号、事業所記号、事業所番号、親番号 (郵便番号)、子番号 (郵便番号)、事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、電話番号、雇用保険適用事業所番号 (安定所番号)、雇用保険適用事業所番号 (一連番号)、雇用保険適用事業所番号 (チェック・イット) (改行)
 (データ行) 10,777,12345,160,0023,東京都新宿区西新宿 9-9-9,東京株式会社,鈴木 次郎,03-1234-XXXX,1234,123456,5 (改行)
 エ データ識別符号
 [data] (改行)
 オ 個人データ
 (項目行) 帳票種別、安定所番号、個人番号、被保険者番号 4 桁、被保険者番号 6 桁、被保険者番号チェック・イット、事業所番号 (安定所番号)、事業所番号 (一連番号)、事業所番号 (チェック・イット)、資格取得年月日 (元号)、資格取得年月日 (年)、資格取得年月日 (月)、資格取得年月日 (日)、離職等年月日 (元号)、離職等年月日 (年)、離職等年月日 (月)、離職等年月日 (日)、喪失原因、離職票交付希望、喪失時被保険者種類、新氏名フリガナ (カタカナ)、新氏名、補充採用予定の有無、被保険者氏名フリガナ (カタカナ)、被保険者氏名、性別、生年月日 (元号)、生年月日 (年)、生年月日 (月)、生年月日 (日)、被保険者の住所又は居所、事業所名称、氏名変更年月日 (元号)、氏名変更年月日 (年)、氏名変更年月日 (月)、氏名変更年月日 (日)、被保険者でなくなったことの原因、1 週間の所定労働時間 (時間)、1 週間の所定労働時間 (分)、あて先、被保険者氏名 (ローマ字)、国籍・地域、国籍地域コード、在留資格、在留資格コード、在留期間 (年)、在留期間 (月)、在留期間 (日)、資格外活動許可の有無、派遣・請負就労区分、備考欄 (審査者)、確認通知年月日 (元号)、確認通知年月日 (年)、確認通知年月日 (月)、確認通知年月日 (日) (改行)
 (データ行 1) 10191,,123456789123,1234,005678,5,1234,123456,5,平成,14,04,01,平成,17,07,01,2,1,,シ、シメイ,新 氏名,無,カンジ、シメイ,漢字 氏名,1,昭和,35,01,01,千葉県美浜区中瀬 9-9-9,安定株式会社,平成,21,06,30,離職のため,40,20,飯田橋,SHIN SHIMEI,ブラジル,,永住者,,,,,2,2,,,, (改行)
 (データ行 2) 10191,,123456789123,1234,005678,1,,,,,
 (ア) 帳票種別:「10191」
 (イ) 個人番号:必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号 (マイナンバー) を入力すること。
 (ウ) 被保険者番号:「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を 4 桁 (一連番号)、6 桁 (一連番号)、1 桁 (チェック・イット) に分けて入力すること。
 (エ) 事業所番号:「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を 4 桁 (安定所番号)、6 桁 (一連番号)、1 桁 (チェック・イット) に分けて入力すること。
 (オ) 資格取得年月日:元号は昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、〇〇年××月△△日に被保険者となった場合、「〇〇,××,△△」と入力すること。
 (カ) 離職年月日:元号は令和を漢字で入力すること。年月日は (オ) と同様に入力すること。
 (キ) 喪失原因:離職以外の理由 1, 3 以外の離職 2, 事業主の都合による離職 3
 (ク) 離職票交付希望:有 1, 無 2
 (ケ) 補充採用予定の有無:「有」または「無」を入力すること。
 (コ) 性別:男 1, 女 2
 (サ) 生年月日:元号は明治、大正、昭和、平成、令和のいずれかを漢字で入力し、年月日は (オ) と同様に入力すること。
 (シ) 被保険者の住所又は居所:半角、全角に関わらず文字数 64 文字までで入力すること。
 (ス) 事業所名称:当該被保険者の事業所名称を半角、全角に関わらず文字数 34 文字までで入力すること。
 (セ) 氏名変更年月日:元号は平成、令和のいずれかを漢字で入力すること。年月日は (オ) と同様に入力すること。
 (ソ) 被保険者でなくなったことの原因:半角、全角に関わらず文字数 78 文字までで入力すること。
 (タ) 1 週間の所定労働時間:半角数字により〇〇時間××分のときは「〇〇,××」と入力すること。1 桁の場合は 10 の位の部分に「0」を付加して 2 桁で入力すること。(例) 所定労働時間が 38 時間 0 分の場合、1 週間の所定労働時間 (時間) に「38」、1 週間の所定労働時間 (分) に「00」と入力する。
 (チ) あて先:提出先安定所を漢字 10 文字までで入力すること。(例) 飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力する。
 (ツ) 被保険者氏名 (ローマ字):被保険者が外国人の場合に、半角のアルファベット大文字で 40 字以内で在留カード記載順に入力すること。
 (テ) 国籍・地域:被保険者が外国人の場合に、全角 20 文字までで入力すること。
 (ト) 在留資格:被保険者が外国人の場合に、全角 20 文字までで入力すること。
 (ナ) 在留期間:被保険者が外国人の場合に、半角数字により〇〇〇〇年△△月××日の場合は、「〇〇〇〇△△××」と入力すること。
 (ニ) 資格外活動許可の有無:被保険者が外国人の場合に、有 1 無 2 を入力すること。
 (ヌ) 派遣・請負就労区分:被保険者が外国人の場合に、該当 1 非該当 2 を入力すること。
 ※安定所番号、喪失時被保険者種類、備考欄 (審査者)、確認通知年月日は省略する。
- 2 2 欄は必ず 11 桁の事業所番号を記載すること。事業所番号が連続した 10 桁の構成であって、最後の空欄に記載すべき数字が不明な場合は、事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に確認して記載すること。
- 3 4 欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届け出る被保険者の名簿 (漢字及び読み仮名 (かか)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名 (かか)) を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
- 4 6 欄には、届出対象者の 5 欄に記載した年月日現在における 1 週間の所定労働時間を記載すること。
- 5 ※印のついた欄は記載しないこと。
- 6 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
- 7 外国人労働者 (「外交」又は「公用」の在留資格の者及び特別永住者を除く。) の場合は、7 欄に、在留カードに記載されている順に氏名 (ローマ字)、国籍・地域、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第 28 条の外国人雇用状況の届出とすることができる。
 なお、派遣・請負労働者として、主として 1 欄以外の事業所において就労していた者については、□にチェックすること。

(別紙)

雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)		漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

(注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一（五十音順）であること。
- 2 対象者が 40 名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名（在留カード記載順）を記載すること。

様式第 37 号 (第146条関係) (第1面)

雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票

(必ず第 2 面の注意事項を読んでから記載してください。)

様式第三十七号を次のように改める。

1. 事業所名	フリガナ											
2. 事業所番号												
3. 届出年月日	令和 年 月 日											
4. 届出被保険者数 届出被保険者氏名	人											
	別紙のとおり											
5. 転勤前事業所番号												
6. 転勤年月日	令和 年 月 日											
7. 転勤前事業所名称	フリガナ											
8. 転勤前事業所・所在地	フリガナ											

9. 備考												

雇用保険法施行規則第 13 条第 1 項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住所

記名押印又は署名
印

事業主 氏名

電話番号

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示			氏名	電話番号
				印	

備考												
	確認通知 令和 年 月 日											

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

様式第37号(第146条関係)(第2面)

注 意

- 1 帳票の提出に際しては、届出に係る被保険者の既交付の雇用保険被保険者証及び雇用保険被保険者資格喪失届を添付すること。
 - 2 必ず添付する届出対象者名簿に記載のあるすべての者について、次の形式により届出内容を入力した光ディスク等、記録媒体と合わせて届け出ること。
総括票の記載項目については、各項目について 2 以上の条件を併記してはならず、また、1 の光ディスク等、記録媒体に 2 以上の雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票に対応するデータを記録してはならない。
なお、光ディスク等、記録媒体内の届出内容は総括票に記載されている項目について、総括票と同一の内容のものであること。
- (1) 光ディスク等、記録媒体の種類等
- ア CD で作成する場合、それぞれ、CD-ROM で作成する場合は JIS X 6281、CD-R で作成する場合は JIS X 6282、CD-RW で作成する場合は JIS X 6283 に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0606、JIS X 0608 に準拠した形式で書き込むこと。
なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
- イ DVD で作成する場合、それぞれ、DVD-ROM で作成する場合は JIS X 6241 または JIS X 6242、DVD-R で作成する場合は JIS X 6245 または JIS X 6249、DVD-RW で作成する場合は JIS X 6248 に準拠した記録媒体を使用すること。ボリューム構造及びファイル構造については、JIS X 0607、JIS X 0609 に準拠した形式で書き込むこと。なお、書き込み後、必ずファイナライズの処理を行うこと。
- ウ 使用する文字は漢字で記載する部分を除きすべて 1 バイトコード(半角)で作成すること。1 バイトコードについては、JIS 8 単位符号、2 バイトコードはシフト JIS コードを使用すること。
- エ 個人データは 1 ファイルに連続して記録することとし、シングルファイル/シングルボリュームとすること。1 の光ディスク等、記録媒体に入力するデータは 1,000 人分までとすること。
- オ データ形式は CSV 形式とし、ファイル名は「10106-tenkin」拡張子は「csv」とすること。
- カ 光ディスク等、記録媒体のラベルに、事業所名、事業所番号、届出年月日、届出対象者数、転勤年月日を記載すること。
- (2) 光ディスク等、記録媒体入力方法
- ア 管理データ
(項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 通番, 作成年月日, 代表届書コード, 連記式項目バージョン (改行)
(データ行) 10, 777, 001, 20070720, 22223, 03 (改行)
- イ 事業所識別符号
[kanri] (改行)
- ウ 事業所管理データ
社会保険労務士氏名, 事業所情報数 (改行)
, 001 (改行)
(項目行) 郡市区符号, 事業所記号, 事業所番号, 親番号(郵便番号), 子番号(郵便番号), 事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号, 雇用保険適用事業所番号(安定所番号), 雇用保険適用事業所番号(一連番号), 雇用保険適用事業所番号(フィクティブ) (改行)
(データ行) 10, 777, 12345, 160, 0023, 東京都新宿区西新宿 9-9-9, 東京株式会社, 鈴木 次郎, 03-1234-XXXX, 1234, 123456, 5 (改行)
- エ データ識別符号
[data] (改行)
- オ 個人データ
(項目行) 帳票種別, 安定所番号, 被保険者番号 4 桁, 被保険者番号 6 桁, 被保険者番号フィクティブ, 生年月日(元号), 生年月日(年), 生年月日(月), 生年月日(日), 被保険者氏名, 被保険者氏名フリガナ(カタカナ), 被保険者氏名(ローマ字), 資格取得年月日(元号), 資格取得年月日(年), 資格取得年月日(月), 資格取得年月日(日), 事業所番号(安定所番号), 事業所番号(一連番号), 事業所番号(フィクティブ), 転勤前の事業所番号(安定所番号), 転勤前の事業所番号(一連番号), 転勤前の事業所番号(フィクティブ), 転勤年月日(元号), 転勤年月日(年), 転勤年月日(月), 転勤年月日(日), 転勤前事業所名称・所在地, 備考, あて先, 備考欄(備考), 確認通知年月日(元号), 確認通知年月日(年), 確認通知年月日(月), 確認通知年月日(日) (改行)
(データ行 1) 10106, 1234, 005678, 5, 昭和, 35, 01, 01, 漢字 氏名, カンジ シメイ, KANJI SHIMEI, 平成, 14, 04, 01, 1234, 123456, 5, 1234, 234567, 5, 平成, 17, 04, 01, 東京都中央区銀座 9-9-9, 飯田橋, , , , (改行)
(データ行 2) 10106, 1234, 005678, 1, , , , , (改行)
(ア) 帳票種別: 「10106」
(イ) 被保険者番号: 「雇用保険被保険者証」に記載されている雇用保険被保険者番号を 4 桁(一連番号)、6 桁(一連番号)、1 桁(フィクティブ)に分けて入力すること。
(ウ) 生年月日: 元号は明治, 大正, 昭和, 平成, 令和のいずれかを漢字で入力し、○○年××月△△日生まれの場合、「○○, ××, △△」と入力すること。
(エ) 被保険者氏名(ローマ字): 被保険者が外国人の場合に、在留カードに記載されている順にローマ字氏名を入力すること。
(オ) 資格取得年月日: 元号は昭和, 平成, 令和のいずれかを漢字で入力し、年月日は(ウ)と同様に入力すること。
(カ) 事業所番号: 「雇用保険適用事業所設置届事業主控」に記載されている雇用保険適用事業所番号を 4 桁(安定所番号)、6 桁(一連番号)、1 桁(フィクティブ)に分けて入力すること。
(キ) 転勤前の事業所番号: 転勤前の雇用保険適用事業所番号を(カ)と同様に入力すること。
(ク) 転勤年月日: 元号は令和を漢字で入力すること。年月日は(ウ)と同様に入力すること。
(ケ) 転勤前事業所名称・所在地: 半角、全角に関わらず文字数 72 文字までで入力すること。
(コ) 備考: 半角、全角に関わらず文字数 784 文字までで入力すること。
(サ) あて先: 提出先安定所を漢字 10 文字までで入力すること。(例) 飯田橋公共職業安定所の場合、「飯田橋」と入力する。
※安定所番号, 備考欄(備考), 確認通知年月日は省略する。
- 3 2 欄については、当該被保険者が 6 欄の日に所属する、当該届出を行う事業所の事業所番号を記載すること。事業所番号が 10 桁の構成である場合は、最初の 4 桁を最初の 4 つの枠内に、残りの 6 桁を「-」に続く 6 つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。
- 4 4 欄にはこの帳票に添付する光ディスク等、記録媒体に入力されている労働者数を記載し、別紙として、届出る被保険者の名簿(漢字及び読み仮名(かか)、外国人労働者の場合は、在留カードに記載されている順のローマ字及び読み仮名(かか))を添付すること。なお、名簿及び光ディスク等、記録媒体内の届出対象者の記載順は五十音順とすること。
- 5 5 欄は転勤前の事業所の事業所番号を記載すること。なお、事業所番号が 10 桁の構成である場合の記載については上記 3 と同様とすること。
- 6 6 欄は転勤の年月日を記載すること。
- 7 7 及び 8 欄には 5 欄に記載した事業所の事業所名称及び所在地を記載すること。
- 8 ※印のついた欄は記載しないこと。
- 9 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
なお、事業主の氏名(法人にあっては代表者の氏名)については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

(別紙)

雇用保険被保険者転勤届光ディスク等提出用総括票に係る対象者名簿

	漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)		漢 字 氏 名	読み仮名 (カタカナ)
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

(注意)

- 1 該当対象者名簿と光ディスク等の個人データの順序は同一（五十音順）であること。
- 2 対象者が 40 名を越え、当該様式が複数枚にわたる場合には、頁数を記載し、又は通し番号を修正したうえ、提出すること。この場合においても、名簿全体が五十音順である必要があること。
- 3 外国人労働者の場合は、漢字氏名の欄には、ローマ字氏名（在留カード記載順）を記載すること。

様式第1号(第7条関係)

作業環境測定士登録申請書

収入印紙
〔消印しては
ならない。〕

（作業環境測定法施行規則の一部改正）
第五十五条 作業環境測定法施行規則（昭和五十年労働省令第二十号）の一部を次のように改正する。
様式第一号を次のように改める。

① (ふりがな) 氏 名		② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
③ 住 所	郵便番号()		電話()	
④ 登録を受けようとする作業環境測定士の種別	第一種 第二種	⑤ 登録を受けようとする作業環境測定法施行規則別表に掲げる作業場	1 第1号の作業場 2 第2号の作業場 3 第3号の作業場 4 第4号の作業場 5 第5号の作業場	
⑥ 合格した試験	第一種 第二種	作業環境測定士試験	合格証番号	
⑦ 試験の全部が免除される理由				
⑧ 修了した講習	第一種 第二種	作業環境測定士講習	講習修了証番号	
⑨ 修了した講習において選択した分析の実務に関する科目	1 別表第1号の作業場の作業環境について行う分析の実務 2 別表第2号の作業場の作業環境について行う分析の実務 3 別表第3号の作業場の作業環境について行う分析の実務 4 別表第4号の作業場の作業環境について行う分析の実務 5 別表第5号の作業場の作業環境について行う分析の実務			
⑩ 試験に合格し、かつ、講習を修了した者と同等以上の能力を有すると認められる理由				

私は、上記により作業環境測定士の登録を受けたいので申請します。なお、次の欠格事項には該当していません。

- 1 成年被後見人又は被保佐人
- 2 作業環境測定法第12条第2項の規定により、登録を取り消され、その取消の日から起算して2年を経過しない者
- 3 作業環境測定法又は労働安全衛生法(これらに基づく命令を含む。)の規定に違反して、罰金以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた日から起算して2年を経過しない者

年 月 日

氏名

厚生労働大臣 殿
指定登録機関

備考

- 1 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には、申請者の住所を管轄する都道府県労働局長を経由して厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定登録機関が登録事務を行う場合には、当該登録機関に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、当該登録機関の登録事務規程の定めるところにより手数料を納付すること。
- 3 1及び2の場合において、登録免許税の額が3万円以下の場合にあつては、領収証書の貼り付けに代えて、当該登録免許税の額に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けることができる。
- 4 ④欄、⑥欄及び⑧欄は、「第一種」及び「第二種」のうち、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 5 ⑤欄は④欄において「第一種」の文字を○で囲んだ者が、⑨欄は⑧欄において「第一種」の文字を○で囲んだ者が、それぞれ該当する番号を○で囲むこと。
- 6 ⑦欄は、例えば「医師」、「薬剤師」等と記入すること。
- 7 ⑩欄は、例えば「厚生労働大臣から、別表第1号の作業場について作業環境測定を行うことができる第一種作業環境測定士となることのできるとの認定を受けた。」等と記入すること。
- 8 申請書には申請前6月以内に撮影した上三分身、正面、脱帽、縦30ミリメートル横24ミリメートルの写真を添付すること。
- 9 提出の際には、登録を受けることができる事実を証する書面を提示すること。

様式第3号(第9条、第10条関係)

書 換 申請書
再交付

収入印紙
〔消印しては
ならない。〕

様式第二号中「平成」を「令和」に改める。
様式第三号を次のように改める。

登 録 番 号			
(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
住 所	郵便番号() 電話()		
書換え又は再交付の理由			
種別・作業場の種類の変更内容	変更前		
	変更後		

年 月 日

申請者

厚生労働大臣 殿
指定登録機関

備考

- 1 厚生労働大臣が登録事務を行う場合には、申請者の住所を管轄する都道府県労働局長を経由して厚生労働大臣に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、手数料に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けること。
- 2 指定登録機関が登録事務を行う場合には、当該登録機関に提出すること。この場合にあつては、登録免許税を国に納付し、その領収証書を裏面に貼り付けるとともに、当該登録機関の登録事務規程の定めるところにより手数料を納付すること。
- 3 1及び2の場合において、登録免許税の額が3万円以下の場合にあつては、領収証書の貼り付けに代えて、当該登録免許税の額に相当する額の収入印紙を収入印紙欄に貼り付けることができる。
- 4 表題中「書換」及び「再交付」は、いずれか該当する文字を○で囲むこと。
- 5 「書換え又は再交付の理由」の欄は、次の各号に掲げる申請の区分に応じ、当該各号に掲げる事項のうちから該当するものを記載すること。
 - (1) 書換の申請 氏名、作業環境測定士の種別又は作業環境測定を行うことができる作業場の種類の変更
 - (2) 再交付の申請 登録証の損傷又は滅失
- 6 「種別・作業場の種類の変更内容」の欄は、作業環境測定士の種別又は作業環境測定を行うことができる作業場の種類の変更による書換の申請の場合に記載すること。
- 7 氏名の変更による書換の申請の場合には、登録証及び書換の理由を証する書面を添付すること。
- 8 6の書換の申請の場合以外の書換の申請の場合には、登録証を添付し、かつ、合格証及び講習修了証(作業環境測定法施行規則第5条第1項各号に該当する者にあつては、これらに代わるべき書面)を提示すること。
- 9 登録証の損傷による再交付の申請の場合には登録証を、登録証の滅失による再交付の申請の場合にはその事実を記載した書面を添付すること。