

【重要なお知らせ】お詫びと注意喚起 雇用保険被保険者数お知らせはがき（令和3年3月送付分） の印刷内容の一部に誤りがありました

令和3年3月に、厚生労働本省から東京労働局管轄の雇用保険適用事業所（以下「事業所」という）に郵送した雇用保険被保険者数お知らせはがきの印刷内容の一部に誤りがありました。

本件に伴い、東京労働局管轄の事業主・社会保険労務士・労働保険事務組合の皆さまには、多大なご迷惑をおかけしましたことを、心よりお詫び申し上げます。今後このようなことがないよう、十分注意してまいります。

印刷内容に誤りがある可能性のある対象書類と内容、ご注意ください点は、以下のとおりです。

対象書類 雇用保険被保険者数お知らせはがき（令和3年3月送付分）

対象内容

①管轄公共職業安定所・電話番号

事業所の管轄公共職業安定所は、従来どおりの取り扱いです。

当該はがきに関するお問い合わせおよびその他雇用保険関係手続きの申請は、従来どおり事業所の所在地を管轄する公共職業安定所をお願いします。

なお、東京都内の事業所の管轄公共職業安定所の一覧は下記のリンク先を参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/tokyo/antei.html>



②労働保険番号

当該はがきに記載されている労働保険番号に変更になったものではございません。

各種手続きには、従来どおりの労働保険番号を記載していただくようご注意願います。

印刷内容の誤り

このはがきは、すべての事業主の皆様にお送りしており、貴事業所に手続漏れがあることを通知するものではありません。

雇用保険の手続漏れはありませんか？

- 事業主は、雇用保険の適用要件に該当する労働者を雇い入れたり、労働者が雇職した際は、その都度ハローワークに届出をしなければなりません。また、雇用形態や加入希望の有無にかかわらず、要件に該当すれば必ず加入する必要があります。
※労働基準監督署での労働保険の保険料の申告・納付とは別に手続が必要です。

【雇用保険の適用要件】

- ◇ 1週間の所定労働時間が20時間以上であること
- ◇ 31日以上の雇用の見込みがあること

●ハローワークに届出のある貴事業所の被保険者数は下記のとおりです。方がこの人数と実際の従業員数が違えば、手続漏れの可能性がありますので、管轄ハローワークへご連絡ください。間違いないければご連絡いただく必要はありません。

あなたの事業所で、ハローワークに雇用保険の手続がなされている被保険者数（令和2年11月30日現在）

事業所名 : _____

適用事業所番号 : _____

被保険者数 : _____

●雇用保険被保険者数については、右ページの「**ご注意**」もご確認ください。
※雇用保険データには、一部外字を使用しているため、上記の事業所名が正確に印刷されない場合（事業所名の文字の一部が「?」となるなど）がありますが、データ自体は適切に管理されています。
※被保険者数は労働基準監督署での労働保険料の申告・納付とは別にハローワークで手続している人数です。

ご注意

- 左ページに記載している被保険者数は、令和2年11月30日までに貴事業所からハローワークへ届出のあった人数です。このため、令和2年12月1日以降に届出をされたものについては、11月以前の届出内容であっても反映されていません。
- このはがきの宛先は、令和2年11月30日までにハローワークへ届出があった情報に基づいています。
（令和2年12月1日以降に住所変更の届出があった事業所については、変更前の住所に送付しています）
※事業所を移転（住所変更）した場合は、監督署への届出とは別にハローワークへ「雇用保険事業主事業所各種変更届」の提出が義務付けられています。
- その他、このはがきに関するFAQを厚生労働省HPに掲載しています。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00050.html

お願い

- このはがきが廃業後に届いた場合、複数届いた場合、所在地と異なる住所に送付された場合は、管轄のハローワークへご連絡ください。
※事業を廃止した場合は、監督署への届出とは別にハローワークへ「雇用保険適用事業所廃止届」の提出が義務付けられています。
- 雇用保険の手続を社会保険労務士または労働保険事務組合に任せている事業主の方は、このはがきをそちらへお渡しください。

このはがきを公共職業安定所（ハローワーク）に提示することにより、提示日時点で事業所において、雇用保険被保険者資格を取得中の方に係るデータを確認していただくことができます。
下の事業主印欄に登録印を押印してお持ちください。

事業主印(※1)	代理人氏名(※2)

※(1)個人情報保護の観点から、登録印の押印を省略しておりますが、事業主（当該事業所の従業員を含む）又は、事業主から責任を委ねた代理人であることが確認できる書類を添えていただく場合であれば、事業主氏名の冠職でも結構です（必要に応じ、ハローワークから確認のご連絡をさせていただきますことがあります）。
※(2)代理人（社会保険労務士など）が確認を行う場合には、代理人の氏名を記載してください。
（注）有効期限は、令和3年6月30日です。

印刷内容の誤り

労働保険番号