

番号	氏名	雇用保険被保険者番号								
	生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日（歳）	-	-			
転換または直接雇用の状況等 （該当する番号及び属性を○で囲む）		1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 属性【母子家庭の母等・父子家庭の父・若者雇用促進法に基づく認定事業主における35歳未満・派遣労働者の直接雇用】								
(多様な正社員への転換または直接雇用の場合のみ) 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度								
転換または直接雇用日		平成	年	月	日	転換または直接雇用後6か月分の賃金を支給した日 （第2面の※をご参照ください。）	平成	年	月	日
転換または直接雇用後に派遣労働者であるかどうか		派遣労働者である ・ 派遣労働者でない		(無期雇用へ転換または直接雇用の場合のみ) 雇用期間（平成25年4月1日以降の契約）が4年未満であるかどうか			4年未満 ・ 4年以上			
(無期雇用へ転換または直接雇用の場合のみ) 転換又は直接雇用前と比較し、基本給が5%以上増加したかどうか		増加した ・ 増加していない		(正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換または直接雇用の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか（総合的に改善されているか）			適用されている ・ 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認										
(正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換または直接雇用の場合 (正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用することをあらかじめ約していたかどうか)							約していた ・ 約していなかった			
転換または直接雇用日から過去3年以内の雇用状況の確認（以下(1)、(2)のいずれかに記入）										
(有期契約労働者等から正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換又は直接雇用の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用されていたかどうか							雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
(無期雇用労働者へ転換または直接雇用の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか							雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
転換または直接雇用を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか								該当する ・ 該当しない		
転換または直接雇用日から過去1年半以内に関連会社等に雇用されていたかどうか （右記で「雇用されていた」を選択した場合、以下を記入）							雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
転換日又は直接雇用日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日又は直接雇用日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間（以下「基準期間」という。）において、当事業主と資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係（※など）にある事業主に以下の雇用区分a又はbのいずれかにより雇用されていたかどうか <雇用区分> a 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）に転換又は直接雇用される場合 → 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用 b 無期雇用労働者に転換又は直接雇用される場合 → 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）又は無期雇用労働者 ※ ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。 * 基準期間の例（転換日が平成29年4月1日の場合） → 平成27年10月1日～平成28年9月30日							雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか							該当する ・ 該当しない			
本人確認		上記の内容について間違いのないことを確認し、同意しました。 平成 年 月 日 （本人署名） 印								

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- 1 別添様式 1－1（第 1 面）に記載した対象労働者ごとに番号を付け、当該対象労働者の詳細を記入してください。
また、対象労働者の年齢については、転換日または直接雇用日における年齢を記入してください。
- 2 すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、また、転換または直接雇用に同意していることを確認するために、対象労働者本人が直筆で署名及び押印をしてください。
- 3 用紙が不足する場合は、様式第 7 号（別添様式 1－2）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

※ 就業規則等の規定により、時間外手当を実績に応じ基本給等とは別に翌月等に支給している場合、6 か月分の時間外手当が支給される日を賃金を支給した日とします（時間外勤務の実績がなく、結果として支給がない場合を含みます。）。

番号	氏名	雇用保険被保険者番号									
生年月日・年齢		昭和・平成 年 月 日（ 歳）									
転換または直接雇用の状況等 （該当する番号及び属性を○で囲む）		1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 属性【母子家庭の母等・父子家庭の父・若者雇用促進法に基づく認定事業主における35歳未満・派遣労働者の直接雇用】									
（多様な正社員への転換または直接雇用の場合のみ） 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度									
転換または直接雇用日		平成 年 月 日		転換または直接雇用後6か月分の賃金を支給した日 （第2面の※をご参照ください。）				平成 年 月 日			
転換または直接雇用後に派遣労働者であるかどうか		派遣労働者である ・ 派遣労働者でない		（無期雇用へ転換または直接雇用の場合のみ） 雇用期間（平成25年4月1日以降の契約）が4年未満であるかどうか				4年未満 ・ 4年以上			
（無期雇用へ転換または直接雇用の場合のみ） 転換又は直接雇用前と比較し、基本給が5%以上増加したかどうか		増加した ・ 増加していない		（正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換または直接雇用の場合のみ） 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか（総合的に改善されているか）				適用されている ・ 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認											
（正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換または直接雇用の場合） 「正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用することをあらかじめ約していたかどうか						約していた ・ 約していなかった					
転換または直接雇用日から過去3年以内の雇用状況の確認（以下(1)、(2)のいずれかに記入）											
（有期契約労働者等から正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）へ転換又は直接雇用の場合） （1）当事業主に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用されていたかどうか						雇用されていた ・ 雇用されていなかった					
（無期雇用労働者へ転換または直接雇用の場合） （2）当事業主に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか						雇用されていた ・ 雇用されていなかった					
転換または直接雇用を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか								該当する ・ 該当しない			
転換または直接雇用日から過去1年半以内に関連会社等に雇用されていたかどうか （右記で「雇用されていた」を選択した場合、以下を記入）						雇用されていた ・ 雇用されていなかった					
転換日又は直接雇用日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日又は直接雇用日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間（以下「基準期間」という。）において、当事業主と資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係（※など）にある事業主に以下の雇用区分a又はbのいずれかにより雇用されていたかどうか <雇用区分> a 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）に転換又は直接雇用される場合 → 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用 b 無期雇用労働者に転換又は直接雇用される場合 → 正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）又は無期雇用労働者 ※ ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。 * 基準期間の例（転換日が平成29年4月1日の場合） → 平成27年10月1日～平成28年9月30日						雇用されていた ・ 雇用されていなかった					
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか						該当する ・ 該当しない					
本人確認		上記の内容について間違いのないことを確認し、同意しました。 平成 年 月 日 （本人署名） 印									