

事業所名

育児休業給付手続用

年 月 日

被保険者連絡票

所在地

代表者

印

TEL

ご担当者名

事業所番号

枝番号	
処理番号	

被 保 険 者	フリガナ												
	氏名										男	・	女
	生年月日	昭和	・	平成	年	月	日						
	雇用形態	常勤	・	パート	・	その他 ()	
	賃金形態	月給	・	日給	・	時間給	・	その他 ()
	被保険者番号					—						—	
	マイナンバー												
出 産 日					年	月	日						
休業を開始した年月日					年	月	日						
出産日から起算して58日目を記入					年	月	日						
賃 金 締 切 日					毎 月		日						
賃 金 支 払 日					当 月	・	翌 月		日				
交 通 費					有	・	無						
資 料		賃金台帳・出勤簿・タイムカードの写し (過去2年間) ・母子健康手帳の写し (別添参照ページ) ・銀行通帳のコピー (別添参照ページ)											
本人住所		〒 () ー () ー ()											
払渡希望金融機関 (ご本人名義)		名称	銀 行 本店			預金通帳の口座番号		第	号				
			信用金庫 支店										
氏 名 変 更		変 更			年	月	日	(旧姓 :)					
そ の 他													

この育児休業給付手続用連絡票でご提供いただいた個人情報は、今回ご連絡いただいた雇用保険の手続き資料として使用し、事務所・被保険者のご同意なく目的外の使用を行う事はありません。

送付先 〒462-8575 名古屋市北区清水1-13-1
 社団法人名北労働基準協会 労働保険事務組合
 TEL (052) 962-0421
 FAX (052) 955-6858