

事業所名

高年齢雇用継続給付手続用

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													

60才に達する日 (60歳の誕生日の前日)		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1年間) ・ 運転免許書か住民票抄本の写し(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		〒 Tel () —										
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									
そ の 他												

この高年齢雇用継続給付手続用被保険者連絡票でご提供いただいた個人情報、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
 社団法人北労働基準協会 労働保険事務組合
 TEL (052) 962-0421
 FAX (052) 955-6858