

会議所記入欄			担当者	責任者
受領年月日	利用年月日	廃棄年月日		

■事業所の皆様へのお願い

会議所へのご提出は、持参または郵送(但し、書留等の記録付き郵便)にて
お願い申し上げます。FAXでの送信はご遠慮ください。

令和____年____月____日

労働保険事務組合 亀田商工会議所 宛

雇用保険被保険者 マイナンバー提供書

下記のマイナンバーは、雇用保険被保険者の氏名： _____
の番号であることを確認し、提供いたします。

事業所名： _____

代表者名： _____ (印)

令和____年____月____日

事業所名： _____ 御中

私のマイナンバーを下記のとおり報告いたします。
また、以下の利用目的のため、委託先である労働保険事務組合 亀田商工会議所に、
マイナンバーを提供することに同意いたします。

1. 雇用保険被保険者資格取得届・喪失届・転勤届の作成事務
2. 雇用保険被保険者の作成事務 登録・変更
3. 高年齢雇用継続給付・育児・介護休業給付申請書の作成事務 (初回のみ)

氏 名													
マイナンバー(12桁)													

※個人情報漏洩防止の為、手続き完了後、亀田商工会議所にて廃棄いたします。