個人番号（特定個人情報）提供のお願い

労働保険事務組合委託事業所様

 塩尻商工会議所労働保険事務組合

会頭　中島 芳郎

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平成３０年５月１日より、雇用保険手続きの際にマイナンバーの届出が必須となりました。

塩尻商工会議所労働保険事務組合は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）に基づき、雇用保険届出事務使用目的のため、貴社の従業員の個人番号（特定個人情報）の提供をお願いしております。

雇用保険届出事務使用目的以外で貴社の従業員の個人番号（特定個人情報）を使用することはありません。個人番号（特定個人情報）の取扱いについては、漏えい、不正利用防止等の観点から番号法に基づく安全管理措置を講じております。

つきましては雇用保険被保険者資格取得・喪失の手続きが必要な場合は、貴社の雇用保険被保険者の個人番号等を別添の用紙にご記入の上、「社員異動通知書」と共に郵送・持ち込み・E-mail等にてご提出ください。

なお、従業員の個人番号の提供に際しては、労使間の協定を締結する等の対応をご考慮ください。

雇用保険被保険者個人番号提供書

塩尻商工会議所労働保険事務組合　行

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 1 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 2 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 3 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 4 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 5 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 6 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 7 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NO. | 雇用保険被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 | 事由 |
| 8 |  | 男・女 | 昭和・平成 | 年 | 月　 | 日 | 新規・喪失 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |