

個人番号登録届出書（連記式）総括票

1. 事業所名	ふりがな
2. 事業所番号	- -
3. 届出年月日	平成 年 月 日
4. 届出被保険者数	人
5. 個人別票枚数	枚

上記のとおり雇用保険被保険者の個人番号について届けます。

住 所

事業主 氏 名

電 話 番 号

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

※	備	
※	考	

※	所 長		次 長		課 長		係 長		係		操 作 者	
---	--------	--	--------	--	--------	--	--------	--	---	--	-------------	--

注 意

- 1 この帳票は、「個人番号登録届出書（連記式）個人別票」（以下「個人別票」という。）と合わせて使用すること。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 2欄は事業所番号が連続した10桁の構成である場合、最初の4桁を最初の4つの枠内に、残りの6桁を「-」に続く6つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。
(例：1301000001 →

1	3	0	1	-	0	0	0	0	0	0	1	-	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

)
- 4 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事業所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。

お願い

被保険者の方から個人番号（マイナンバー）を取得する際は、①正しい番号であることの確認（番号確認）と②正しい番号の持ち主であることの確認（身元確認）を必ず行ってください。