

従業員一覧表

令和 年 月 日

事業所名 :
雇用保険適用事業所番号 :
加算措置の対象となる従業員（被保険者）数 <span style="float: right;">名</span>

○加算措置の対象となる、全従業員を記入してください。

①	従業員氏名（被保険者氏名）	雇用保険 被保険者番号									
	資格取得日(入社日)	4桁				-	6桁				-
	S・H・R 年 月 日										
②	S・H・R 年 月 日										
③	S・H・R 年 月 日										
④	S・H・R 年 月 日										
⑤	S・H・R 年 月 日										
⑥	S・H・R 年 月 日										
⑦	S・H・R 年 月 日										
⑧	S・H・R 年 月 日										
⑨	S・H・R 年 月 日										
⑩	S・H・R 年 月 日										

※被保険者氏名 及び 雇用保険被保険者番号 が確認できる資料を添付すること。