令和　　　年　　　月　　　日

川崎町商工会　御中

事業所名：

代表者名：　　　　　　　　　　印

**マイナンバー報告書**

今般届出しました「雇用保険資格取得」又は「雇用保険資格喪失」依頼に係る被保険者のマイナンバー（個人番号）は下記のとおりとなります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 生年月日 | 個人番号（１２桁） |
| 資格取得又は喪失する者の氏名 | ＳＨ　　　年　　　月　　　日 | マイナンバー（個人番号）をご記入ください |
|  | ＳＨ　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | ＳＨ　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | ＳＨ　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | ＳＨ　　　年　　　月　　　日 |  |

**※行政指導に基づき本書を本会へ提出する際は持参又はご郵送頂きますようよろしくお願い申し上げます。**

**※適宜コピーしてご使用ください。**

本書については、川崎町商工会における特定個人情報保護規程に基づき適法に管理すると共に、依頼のあった手続きが終了する毎に適正に廃棄処分を行います。