

第3章 適用事業所についての諸手続

雇用保険の適用事業所が行わなければならない手続は「雇用保険法」と「労働保険の保険料の徴収等に関する法律」の2つの法律に定められています。

したがって、適用事業所についての提出書類は、雇用保険の（事業所及び被保険者に関する）提出書類と、労働保険の（保険料に関する）提出書類の両方を提出しなければなりません。

また、労働保険の手続については、事業所の事業内容（一元適用事業であるか二元適用事業であるか）によって提出先と提出書類が異なりますのでご注意ください。

なお、雇用保険に関する各種提出書類については、ハローワークにて配付しているほか、ハローワークインターネットサービスからダウンロードできます。詳しくは、下記でご確認ください。各種提出書類を印刷する場合は、A4の白色用紙に等倍（倍率100%）で印刷してください。

ハローワークインターネットサービス 帳票一覧

検索



(<https://hoken.hellowork.mhlw.go.jp/assist/001000.do?screenId=001000&action=initDisp>)

1 事業所を新たに設置したとき

(1) 労働保険関係

- ・ 提出書類……「**労働保険関係成立届**」
- ・ 提出期日……保険関係が成立した日の翌日から起算して10日以内
- ・ 提出先……次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業の場合は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
 - ② 二元適用事業の場合は、雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワーク、労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
- ・ 提出書類……「**労働保険概算保険料申告書（納付書）**」
- ・ 提出期日……保険関係が成立した日の翌日から起算して50日以内
- ・ 提出先……次の①または②のとおり
- ・ 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。
 - ① 一元適用事業の場合
 - 黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を、労働局、労働基準監督署又は金融機関へ申告、納付してください。
 - ② 二元適用事業の場合
 - 雇用保険はふじ色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局または金融機関へ、労災保険は黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局、労働基準監督署または金融機関へ申告、納付してください。
- ・ 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

(2) 雇用保険関係

- ・ 提出書類……………**「雇用保険適用事業所設置届」**
- ・ 提出期日……………適用事業に該当（労働者を雇用する事業を開始）した日の翌日から起算して 10 日以内
- ・ 提出先……………事業所の所在地を管轄するハローワーク
- ・ 持参するもの…次の①～③（②は、原則として登記事項証明書）
 - ① 「労働保険保険関係成立届」事業主控
 - ② 登記事項証明書（法人事業所の場合、雇用保険適用事業所設置届に法人番号が記載されている場合は省略可能）、事業許可証、工事契約書、不動産契約書等
なお、事業所の所在地が登記されたものと違っている場合は、公共料金の請求書、賃貸借契約書等の所在地が明記されている書類が別途必要です。
また、必要に応じて、事業実在の確認のため書類の追加依頼や実地調査を行う場合があります。
 - ③ 賃金台帳、労働者名簿、出勤簿（タイムカード等）
- ・ その他の手続……………**雇用保険被保険者資格取得届（または雇用保険被保険者転勤届）を設置届と同時に提出してください。**

【参考】 労務関係の帳簿等について

法令により調製が義務づけられたもの、雇用管理や給与計算に必要なもの等があります。詳細は労働基準監督署へお問い合わせください。

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ● 労働者名簿（労働基準法第 107 条） | ● 賃金台帳（労働基準法第 108 条） |
| ○ 氏名・生年月日・住所 | ○ 賃金総額と各種控除額 |
| ○ 雇入れ年月日 | ○ 基本給と諸手当の内訳 |
| ○ 解雇又は退職の年月日及びその事由 | ○ 賃金計算期間 |
| ○ 従事する業務の種類 など | ○ 労働日数・時間数 など |
| ● 出勤簿又はタイムカード | ● 就業規則・給与規定（労働基準法第 2 条、第 15 条、第 89 条） |
| ● 社会保険や労働（労災・雇用）保険の各種手続の事業主控 | ● 労働条件通知書（雇入通知書）（労働基準法第 15 条）又は雇用契約書 |

労働保険関係成立届の記入例

「労働保険番号」

- ・この届を提出する安定所、または監督署で記入しますので記入しないでください。

③「事業の概要」

- ・事業内容を具体的に記入してください。

⑥「保険関係成立年月日」

- ・労働保険の適用事業となった年月日を記入してください。

⑦「雇用保険被保険者数」

- ・「一般・短期」には、その年度における1か月平均雇用保険被保険者数のうち、一般被保険者数と短期特例被保険者数の合計を記入し、「日雇」には日雇労働被保険者数を記入してください。

⑧「賃金総額の見込額」

- ・保険関係が成立した日から当該年度末（3月31日）までの期間に使用する労働者にかかる賃金総額の見込額を記入してください。

⑪⑫⑬「事業所」

- ・実際の事業を営んでいる所在地を記入してください。
- ・個人の場合は屋号のほか事業主の氏名を記入してください。
- ・<カナ>には、カタカナと「ー」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。
- ・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

⑭「保険関係成立年月日」

- ・⑥欄の年月日を記入してください。

⑭「雇用保険被保険者数」

- ・⑦欄の一般・短期と日雇との合計人数を記入してください。

⑮「法人番号」

- ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。
- ・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

様式第1号（第4条、第64条、附則第2条関係）（1）（表面）

提出用

労働保険関係成立届（継続）（事務処理委託届）
 0：保険関係成立届（継続）（事務処理委託届）
 1：保険関係成立届（有期）
 2：任意加入申請書（事務処理委託届）

令和〇〇年 4 月 7 日

① 事業主 住所又は所在地 鹿児島市山下町13-21
 氏名又は名称 鹿児島物産 株式会社
 電話番号 892-0816
 所在地 鹿児島市山下町13-21
 電話番号 099 - 223 - 8276
 名称 鹿児島物産 株式会社

③ 事業の概要 食品の販売
 ④ 事業の種類 卸売業・小売業

⑤ 加入済の労働保険 (イ) 労災保険 (ロ) 雇用保険 (ハ) 労災保険 (ニ) 雇用保険
 ⑥ 保険関係成立年月日 (労災) 〇〇年 4 月 1 日 (雇用) 〇〇年 4 月 1 日
 ⑦ 雇用保険被保険者数 一般・短期 15 人 日雇 〇 人
 ⑧ 賃金総額の見込額 〇 千円

⑨ 所在地 鹿児島市
 ⑩ 委託事務組合 鹿児島物産株式会社
 代表者氏名 代表取締役 鹿児島太郎

⑪ 事業開始年月日 〇〇年 〇月 〇日
 ⑫ 事業廃止等年月日 〇〇年 〇月 〇日
 ⑬ 建設の事業の請負金額 〇 円
 ⑭ 立木の伐採の事業の素材見込生産量 〇 立方メートル

⑮ 住所又は所在地 鹿児島市山下町13-21
 氏名又は名称 鹿児島物産 株式会社

⑯ 雇用保険被保険者数 一般・短期 15 人 日雇 〇 人

⑰ 賃金総額の見込額 〇 千円

⑱ 法人番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

⑲ 事業主氏名（法人のときはその名称及び代表者の氏名）記名押印又は署名
 鹿児島物産 株式会社
 代表取締役 鹿児島太郎

- 8 -

労働保険概算保険料申告書（二元適用事業）の記入例

労働保険 概算・増加概算・確定保険料 申告書
石綿健康被害救済法 一般拠出金

継続事業
一托右側事業を含む。

標準
字体

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

第3片「記入に当たっての注意事項」をよく読んでから記入して下さい。
OCR帳への記入は上記の「標準字体」でお願いします。

令和00年 4月 7日

あて先 〒892-8535
鹿児島市山下町13-21

鹿児島合同庁舎2階

鹿児島労働局
労働保険特別会計歳入徴収官殿

- ・「労働保険関係成立届」(事業主控)に記載された番号を記入してください。(ハローワークに「労働保険関係成立届」を提出すると、番号が割り振られます。)

- ・ 保険関係が成立した日から当該年度末（3月31日）までの期間に使用する労働者にかかる賃金支払総額の見込額(1,000円未満切り捨て)を記入してください。

- ・保険料額が 200,000 円以上の場合にできます。

成立年月日
4/1～5/31 3回
6/1～9/30 2回
10/1以降 1回

・「労働保険関係成立届」の⑥欄の日を記入してください。

- ・事業内容や作業の種類を具体的に記入してください。

・特掲事業にあたる事業は(イ)を○で囲み、それ以外の事業は(ロ)を○で囲んでください。

- ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。
- ・個人事業主の場合は、13桁すべてに「0」を記入してください。

・①の番号をそのまま転記してください。

・「②欄の(ト)」の額を転記し、金額の前に必ず「¥」記号を付してください。

(注2) 注1
石綿による健康被害の救済に関する法律第35条第1項に基づき、労災保険適用事業主から徴収する一般拠出金
一般拠出金は延納できません

種 別 **32700** 業 務 種 別 **00** 業 務 種 別 **00** 業 務 種 別 **00** 業 務 種 別 **00** 業 務 種 別 **00**

令和00年 4月 7日

あて先 〒 892-8535
 鹿児島市山下町13-21

鹿児島合同庁舎2階

鹿児島労働局
 労働保険特別会計歳入徴収官殿

確定保険料計算内訳

⑦ 区 分	算定期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
⑧ 保険料・一般拠出金算定基礎額	⑨ 燃料・一般並給	⑩ 確定保険料・一般拠出金額(⑧×⑨)	
(イ) 労働保険料	(イ) 1000分の	(イ) 労働保険料	
(ロ) 労災保険分	(ロ) 1000分の	(ロ) 労災保険分	
(ホ) 雇用保険分	(ホ) 1000分の	(ホ) 雇用保険分	
一般拠出金	(ヘ) 1000分の	(ヘ) 一般拠出金	

概算増加概算保険料算定内訳

⑪ 区 分	算定期間	令和4年 4月 1日 から	令和5年 3月31日 まで
⑫ 保険料算定基礎額の見込額	⑬ 保険料率	⑭ 概算・増加概算保険料額(⑫×⑬)	
(イ) 労働保険料	(イ) 1000分の	(イ) 労働保険料	
(ロ) 労災保険分	(ロ) 1000分の	(ロ) 労災保険分	
(ホ) 雇用保険分	(ホ) 1000分の	(ホ) 雇用保険分	

⑮ 申告済概算保険料額

⑯ 申告済概算保険料額

⑰ 増加概算保険料額

⑱ 申告済概算保険料額

⑲ 増加概算保険料額

⑳ 申告済概算保険料額

㉑ 増加概算保険料額

㉒ 申告済概算保険料額

㉓ 増加概算保険料額

㉔ 申告済概算保険料額

㉕ 増加概算保険料額

㉖ 申告済概算保険料額

㉗ 増加概算保険料額

㉘ 申告済概算保険料額

㉙ 増加概算保険料額

㉚ 申告済概算保険料額

㉛ 増加概算保険料額

㉜ 申告済概算保険料額

㉝ 増加概算保険料額

㉞ 申告済概算保険料額

㉟ 増加概算保険料額

㊱ 申告済概算保険料額

㊲ 増加概算保険料額

㊳ 申告済概算保険料額

㊴ 増加概算保険料額

㊵ 申告済概算保険料額

㊶ 増加概算保険料額

㊷ 申告済概算保険料額

㊸ 増加概算保険料額

㊹ 申告済概算保険料額

㊺ 増加概算保険料額

㊻ 申告済概算保険料額

㊼ 増加概算保険料額

㊽ 申告済概算保険料額

㊾ 増加概算保険料額

㊿ 申告済概算保険料額

㋀ 増加概算保険料額

㋁ 申告済概算保険料額

㋂ 増加概算保険料額

㋃ 申告済概算保険料額

㋄ 増加概算保険料額

㋅ 申告済概算保険料額

㋆ 増加概算保険料額

㋇ 申告済概算保険料額

㋈ 増加概算保険料額

㋉ 申告済概算保険料額

㋊ 増加概算保険料額

㋋ 申告済概算保険料額

㋌ 増加概算保険料額

㋍ 申告済概算保険料額

㋎ 増加概算保険料額

㋏ 申告済概算保険料額

㋐ 増加概算保険料額

㋑ 申告済概算保険料額

㋒ 増加概算保険料額

㋓ 申告済概算保険料額

㋔ 増加概算保険料額

㋕ 申告済概算保険料額

㋖ 増加概算保険料額

㋗ 申告済概算保険料額

㋘ 増加概算保険料額

㋙ 申告済概算保険料額

㋚ 増加概算保険料額

㋛ 申告済概算保険料額

㋜ 増加概算保険料額

㋝ 申告済概算保険料額

㋞ 増加概算保険料額

㋟ 申告済概算保険料額

㋠ 増加概算保険料額

㋡ 申告済概算保険料額

㋢ 増加概算保険料額

㋣ 申告済概算保険料額

㋤ 増加概算保険料額

㋥ 申告済概算保険料額

㋦ 増加概算保険料額

㋧ 申告済概算保険料額

㋨ 増加概算保険料額

㋩ 申告済概算保険料額

㋪ 増加概算保険料額

㋫ 申告済概算保険料額

㋬ 増加概算保険料額

㋭ 申告済概算保険料額

㋮ 増加概算保険料額

㋯ 申告済概算保険料額

㋰ 増加概算保険料額

㋱ 申告済概算保険料額

㋲ 増加概算保険料額

㋳ 申告済概算保険料額

㋴ 増加概算保険料額

㋵ 申告済概算保険料額

㋶ 増加概算保険料額

㋷ 申告済概算保険料額

㋸ 増加概算保険料額

㋹ 申告済概算保険料額

㋺ 増加概算保険料額

㋻ 申告済概算保険料額

㋼ 増加概算保険料額

㋽ 申告済概算保険料額

㋾ 増加概算保険料額

㋿ 申告済概算保険料額

㌀ 増加概算保険料額

㌁ 申告済概算保険料額

㌂ 増加概算保険料額

㌃ 申告済概算保険料額

㌄ 増加概算保険料額

㌅ 申告済概算保険料額

㌆ 増加概算保険料額

㌇ 申告済概算保険料額

㌈ 増加概算保険料額

㌉ 申告済概算保険料額

㌊ 増加概算保険料額

㌋ 申告済概算保険料額

㌌ 増加概算保険料額

㌍ 申告済概算保険料額

㌎ 増加概算保険料額

㌏ 申告済概算保険料額

㌐ 増加概算保険料額

㌑ 申告済概算保険料額

㌒ 増加概算保険料額

㌓ 申告済概算保険料額

㌔ 増加概算保険料額

㌕ 申告済概算保険料額

㌖ 増加概算保険料額

㌗ 申告済概算保険料額

㌘ 増加概算保険料額

㌙ 申告済概算保険料額

㌚ 増加概算保険料額

㌛ 申告済概算保険料額

㌜ 増加概算保険料額

㌝ 申告済概算保険料額

㌞ 増加概算保険料額

㌟ 申告済概算保険料額

㌠ 増加概算保険料額

㌡ 申告済概算保険料額

㌢ 増加概算保険料額

㌣ 申告済概算保険料額

㌤ 増加概算保険料額

㌥ 申告済概算保険料額

㌦ 増加概算保険料額

㌧ 申告済概算保険料額

㌨ 増加概算保険料額

㌩ 申告済概算保険料額

㌪ 増加概算保険料額

㌫ 申告済概算保険料額

㌬ 増加概算保険料額

㌭ 申告済概算保険料額

㌮ 増加概算保険料額

㌯ 申告済概算保険料額

雇用保険適用事業所設置届の記入例

1「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」

- ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。

2「事業所の名称（カタカナ）」

- ・数字は使用せず、カタカナと「ー」記号のみで記入してください。
- ・記入欄に余裕がある場合は、読みやすいよう適宜区分して記入してください。
- ・個人の場合は屋号のほか事業主の氏名を記入してください。
例 テキヨウ ショウテン
センイン クニヒロ

3「事業所の名称（漢字）」

- ・漢字、カタカナ、ひらがな及び英数字により明瞭に記入してください。

5「事業所の所在地（漢字）」1行目

- ・都道府県名は記入せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記入してください。

「事業所の所在地（漢字）」2行目

- ・丁目及び番地のみを左詰めで記入してください。
- また、所在地にビル名又はマンション名等が入る場合は3行目に左詰めで記入してください。

7「設置年月日」

- ・雇用保険の適用事業になった年月日を記入してください。（労働保険関係成立届の⑥欄「成立年月日（雇用）」と同じ。）

8「労働保険番号」

- ・労働保険関係成立届を労働基準監督署へ提出する事業所は、事業主控えに記載された労働保険番号を記入してください。

雇用保険適用事業所設置届

（必ず第2面の注意事項を記入してから記載してください。）

1. 法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）		2. 事業所の名称（カタカナ）		3. 事業所の名称（漢字）		4. 郵便番号		5. 事業所の所在地（漢字）※市・区・郡及び町村名		6. 事業所の電話番号（項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。）		7. 設置年月日		8. 労働保険番号		9. 設置区分		10. 事業区分		11. 産業分類		12. 台帳保存区分	
120001 9999999999999999		カフシキカイ イセイ コヨウホケン イケフククワシテン		株式会社 雇用保険 池袋支店		171-0000		豊島区東池袋		03-5560-4011		5-0604-01		49100012345000		1 労働者		1 製造業		1 製造業		1 労働者	
22. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順		23. 労働保険事務組合記載欄		24. 所在地		25. 名称		26. 代表者氏名		27. 委託開始		28. 委託解除		29. 令和 年 月 日		30. 令和 年 月 日		31. 令和 年 月 日		32. 令和 年 月 日		33. 令和 年 月 日	

※裏面も忘れずに記入してください

22. 最寄りの駅又はバス停から事業所への道順		23. 労働保険事務組合記載欄		24. 所在地		25. 名称		26. 代表者氏名		27. 委託開始		28. 委託解除		29. 令和 年 月 日		30. 令和 年 月 日		31. 令和 年 月 日		32. 令和 年 月 日		33. 令和 年 月 日	

労働保険事務組合記載欄

所在地

名称

代表者氏名

委託開始 令和 年 月 日

委託解除 令和 年 月 日

2 事業所の所在地、名称、および事業主の住所、名称、氏名、事業の種類に変更があったとき

(1) 労働保険関係

- 提出書類………「**労働保険名称、所在地等変更届**」
- 提出期日………変更のあった日の翌日から起算して10日以内
- 提出先………次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
 - ② 二元適用事業は、雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワークへ、労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署へ提出してください。
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

(2) 雇用保険関係

- 提出書類………「**雇用保険事業主事業所各種変更届**」
- 提出期日………変更のあった日の翌日から起算して10日以内
- 提出先………事業所の所在地を管轄するハローワークへ提出してください。
- 持参するもの…原則、添付書類は不要ですが、内容確認のため、以下の書類の添付を求めています。

(登記事項証明書（法人事業所の場合、雇用保険事業主事業所各種変更届に法人番号が記載されている場合は省略可能）、事業許可証、他の行政機関への提出済書類（控）等、変更の事実が確認できる書類）

※ 法人の場合、**法人の代表者の変更のみの時は届出の必要はありません。**

事業所の所在地が変更となった場合は、以下にご注意ください！

① 一元適用事業

移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出した後、移転後の所在地を管轄するハローワークへ、その控を添えて「雇用保険事業主事業所各種変更届」を提出してください。

② 二元適用事業

雇用保険については、移転後の所在地を管轄するハローワークへ「労働保険名称、所在地等変更届」、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、労災保険については、移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出してください。

労働保険名称、所在地等変更届の記入例

「変更後の事業所」

- ・変更事項のみ記入してください。
- ・<カナ>には、カタカナと「-」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。
- ・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

⑦「事業の種類」

- ・事業内容が変更になった場合、保険率が変更されることがあるので具体的に記入してください。

様式第2号（第5条関係）

労働保険 名称、所在地等変更届

下記のとおり諸事項に変更があったので届けます。

提出用

年 4 月 7 日

種 別
3 1 6 0 4

鹿児島 労働基準監督署長 公共職業安定所長 殿

※修正項目番号 修正項目番号 鹿児島労働保険番号 府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号
4 6 3 0 1 5 4 3 2 1 0 -

① 郵便番号 8 9 0 - 0 0 5 6 住所 市・区・町 名 カ コ シ マ シ
住所 (つづき) 町 村 名 シ モ ア ラ タ
住所 (つづき) 丁 目・番 地 1 - 4 3 - 2 8
住所 (つづき) ビル・マンション名等
住所 市・区・町 名 鹿 児 島 市
住所 (つづき) 町 村 名 下 荒 田
住所 (つづき) 丁 目・番 地 1 - 4 3 - 2 8
住所 (つづき) ビル・マンション名等
名称・氏名 カ コ シ マ コ ウ キ ヨ ウ
名称・氏名 (つづき) カ フ シ キ カ イ シ ヤ
名称・氏名 (つづき)
電話番号 0 9 9 - 2 5 0 - 6 0 6 0
名称・氏名 鹿 児 島 工 業
名称・氏名 (つづき) 株 式 会 社
名称・氏名 (つづき)

① 事業主 住所又は所在地 鹿児島市西千石町1-1
氏名又は名称 雇用建設 株式会社
② 所在地 郵便番号 892-0847
鹿児島市西千石町1-1
電話番号 099-219-8711
業 名 雇用建設 株式会社
住所 郵便番号
電話番号
業 名 特 氏 名
④ 事業の種類
⑤ 事業予定期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
⑥ 事業主 住所又は所在地 鹿児島市 下荒田町1-43-28
氏名又は名称 鹿児島工業 株式会社
郵便番号 890-0056
所在地 鹿児島市 下荒田1-43-28
電話番号 099-250-6060
業 名 鹿児島工業 株式会社
⑦ 事業の種類
⑧ 変更理由 事業場の移転及び社名変更

⑨ 事業終了予定年月日 (元号：平成は7)
元号 年 月 日 18

⑩ 変更年月日 (元号：平成は7)
元号 年 月 日 9 - 0 0 - 0 4 - 0 1 19

※変更後の労働保険番号
府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号
- - - - -

⑪ 変更後の元請労働保険番号
府 県 所 属 管 轄 (1) 基 幹 番 号 枝 番 号
- - - - -

⑫ 変更後の事業所番号
- - - - -

※保険関係等区分
※約款区分
※管 轄 (2)
- - - - -

※業 種
※産業分類
※特掲コード
※片保険理由コード
- - - - -

※データ表示コード
※再入力区分
- - - - -

※修正項目 (英数・カナ)
- - - - -
※修正項目 (漢字)
- - - - -

事業主

住所 鹿児島市下荒田1-43-28

記名押印又は署名

鹿児島工業株式会社
氏名 代表取締役 労働一郎
(法人のときはその名称及び代表者の氏名)

(22.3)

雇用保険事業主事業所各種変更届の記入例

雇用保険事業主事業所各種変更届 (必ず第2面の注意事項を記入してから記載してください。)

1. 事業種別 13003

2. 変更年月日 5-061101 (4 平成 5 令和)

3. 事業所番号 49000-123456-7

4. 設置年月日 5-021001 (3 令和 4 平成)

5. 法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。) 9999999999999999

6. 事業所の名称 (カタカナ) カフシキカアイシャコヨウホケンミタカシテン

7. 事業所の名称 (漢字) 株式会社 雇用保険 三鷹支店

8. 郵便番号 171-0000

9. 事業所の所在地 (漢字) 市・区・町及び村名 三鷹市下連雀

10. 事業所の所在地 (漢字) 丁目・番地 〇一△一×

11. 労働保険番号 49100123456000

12. 設置区分 13. 事業所区分 14. 産業分類

15. 変更後の事業所の概要

16. 変更の理由 事業所所在地の移転及び事務所名称の変更

17. 備考

2021. 9

2「変更年月日」3「事業所番号」
4「設置年月日」
・「0」も省略せず、枠すべてに記入してください。

5「法人番号 (個人事業の場合は記入不要です。)」
・法人番号 (国税庁から通知される13桁の番号) を記入してください。

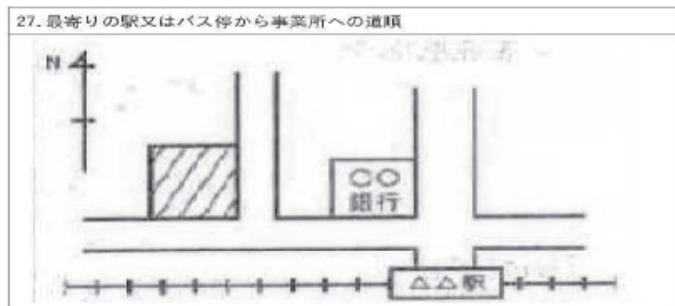
6および7「事業所の名称」、8「郵便番号」、9「事業所の所在地」、10「事業所の電話番号」
・変更事項のみを記入してください。ただし、事業所の所在地が変更になった場合は、変更となった所在地全てを記入してください。

11「労働保険番号」
・所在地移転・事業内容の変更等により労働保険番号が変更になったとき記入してください。ただし、他のハローワークの管内から移転した場合は、変更がなくても記入してください。

16「変更後の事業の概要」
・事業内容が変更になった場合は、変更後の事業内容を具体的に記入してください。

「変更後の事業所」
・変更事項のみ記入してください。
・<カナ>には、カタカナと「一」のみを使用し、英字はカタカナに置き換えて読みやすいよう適宜区分して記入してください。
・<漢字>には漢字・ひらがな・カタカナの他、英字にて正しく記入してください。

※ 裏面も忘れずに記入してください



上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

公共職業安定所長 殿

住所
事業主 名称
氏 名

社会保険 労務士 記載欄	所属年月日・退任代行等・事務代理者の氏名	氏 名	電話番号
--------------------	----------------------	-----	------

労働保険事務組合記載欄

所在地

名 称

代表者氏名

委託開始 年 月 日

委託解除 令和 年 月 日

令和 年 月 日

3 事業を廃止・休止したとき、または雇用する労働者がいなくなったとき

(1) 労働保険関係

- 提出書類……………**「労働保険確定保険料申告書（納付書）」**
- 提出期日……………事業を廃止した日の翌日から起算して 50 日以内
- 提出先……………次の①または②のとおり
 - ① 一元適用事業は、黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を、労働局、労働基準監督署又は金融機関へ申告、納付してください。
 - ② 二元適用事業は、雇用保険はふじ色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局又は金融機関へ、労災保険は黒色と赤色で印刷された申告書（納付書）を労働局、労働基準監督署又は金融機関へ、それぞれ申告、納付してください。
- 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

(2) 雇用保険関係

- 提出書類……………**「雇用保険適用事業所廃止届」**
- 提出期日……………廃止した日の翌日から起算して 10 日以内
- 提出先……………事業所の所在地を管轄するハローワークへ提出してください。
- 持参するもの……登記事項証明書（法人事業所の場合、雇用保険適用事業所廃止届に法人番号が記載されている場合は省略可能）、閉鎖謄本、労働者名簿、出勤簿など廃止の事実が確認できる書類
- その他の手続き…雇用保険被保険者資格喪失届および雇用保険被保険者離職証明書を同時に作成し、提出してください。

以下のいずれかに該当する場合も、事業所廃止届をご提出ください！

- ① 事業は継続しているが、雇用する被保険者が「0 人」になり、被保険者になる労働者を雇用する見込みがないとき。
- ② 事業を休止し、再開する見込みがないとき。

雇用保険適用事業所廃止届の記入例

雇用保険適用事業所廃止届

1「法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）」

- ・法人番号（国税庁から通知される13桁の番号）を記入してください。

[illegible]

上記のとおり届けます。

令和 7 年 4 月 4 日

住 所 東京都千代田区霞が関〇一△一△

名 称 株式会社 雇用保険

氏 名 代表取締役 雇用 太郎

電話番号 03 -0000 -0000

※ 公 共 職 業 安 定 所 記 載 欄	届書提出後、事業主が住所を 変更する場合又は事業主に 承継者等のある場合は、その者 の住所・氏名	(フリガナ)														
		名 称														
		(フリガナ)														
		住 所														
		(フリガナ)														
		代表者氏名														
		電 話 番 号					郵 便 番 号					—				
備 考		※	所 長		次 長		課 長		係 長		係		操 作 者			
		労働保険事務組合記載欄														

労働保険事務組合記載欄

所在地

名称

代表者氏名

(この届出は、事業所を廃止した日の翌日から起算して10日以内に提出してください。)

2021. 9

4 労働保険料の申告・納付に係る事務をまとめて処理したいとき

労働保険では、1つの会社でも支店や営業所など個々に申告・納付を行っているところがありますが、一定の要件を満たす継続事業の場合には、これら個々の労働保険料の申告納付事務を指定した1つの事業所（指定事業）にまとめて処理することができます。

- ・ 提出書類……………**「労働保険継続事業一括申請書」（3枚1組）**
- ・ 提出期日……………申請をしようとする都度すみやかに
- ・ 提出先……………指定を受けることを希望する事業所（本店等）の所在地を管轄する労働基準監督署（一元適用事業）またはハローワーク（二元適用事業）
- ・ 持参するもの…添付書類については各提出先にご確認ください。

※ 注意 継続事業の一括の取扱いが認められた場合でも、雇用保険の被保険者等の届出手続をする事業所の単位は変更されません。

継続事業の一括認可基準

- ① 指定を受けることを希望する事業（指定事業）と指定事業に一括される事業（被一括事業）との事業主が同一であること。
- ② それぞれの事業が継続事業であること。
- ③ それぞれの事業が下記のいずれか1つのみに該当すること。
 - イ 二元適用事業であって、労災保険に係る保険関係が成立している事業
 - ロ 二元適用事業であって、雇用保険に係る保険関係が成立している事業
 - ハ 一元適用事業であって、労災保険及び雇用保険の両保険に係る保険関係が成立している事業
- ④ それぞれの事業が「労災保険率表」による「事業の種類」が同じであること。なお、上記③ロについても、「事業の種類」が同じであること。

労働保険継続事業一括申請書の記入例

様式第5号(第10条関係)

労働保険 継続事業一括認可・追加・取消申請書

提出用

種別 31640 修正項目番号 00

① 下記のとおり継続事業の一括に係る ☒ 新規・認可の取消 ☐ 認可の追加 の申請をします。

指定を受けることを希望する事業又は既に指定を受けている事業

③ 労働保険番号	府県	所管	管轄(1)	基幹番号	枝番号	② 申請年月日(元号:平成は7)
<u>46101012345</u>	<u>46</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>12345</u>	<u>000</u>	元号 <u>9</u> - 年 <u>00</u> - 月 <u>07</u> - 日 <u>12</u>
④ 所在地	<u>鹿児島市山下町13-21</u>					郵便番号 <u>892-0816</u>
⑤ 名称	<u>鹿児島物産株式会社</u>					⑥ 保険関係成立区分 (イ) 労災・雇用 (ロ) 労災 (ハ) 雇用 <u>イ</u>
						⑦ 事業の種類 (労災保険率表による) <u>小売業</u>
						電話番号 <u>099-223-8276</u>

申請書の指定事業に一括され又は一括を取消される事業	③ 労働保険番号	府県	所管	管轄(1)	基幹番号	枝番号	※認可コード	※管轄(2)	⑨ 整理番号
	<u>46102345678</u>	<u>46</u>	<u>10</u>	<u>23</u>	<u>45678</u>	<u>000</u>	<u>0</u>	<u>00</u>	<u>0000</u>
	⑩ 所在地	<u>薩摩川内市若葉町4-24</u>					郵便番号 <u>895-0063</u>	⑪ 保険関係成立区分 (イ) 労災・雇用 (ロ) 労災 (ハ) 雇用 <u>イ</u>	⑫ 事業の種類 (労災保険率表による) <u>小売業</u>
	⑪ 名称	<u>鹿児島物産株式会社 薩摩川内支店</u>					電話番号 <u>0996-22-8609</u>		
	③ 労働保険番号	府県	所管	管轄(1)	基幹番号	枝番号	※認可コード	※管轄(2)	⑨ 整理番号
	<u>46107234567</u>	<u>46</u>	<u>10</u>	<u>72</u>	<u>34567</u>	<u>000</u>	<u>0</u>	<u>00</u>	<u>0000</u>
	⑩ 所在地	<u>奄美市名瀬長浜町1-1</u>					郵便番号 <u>894-0036</u>	⑪ 保険関係成立区分 (イ) 労災・雇用 (ロ) 労災 (ハ) 雇用 <u>イ</u>	⑫ 事業の種類 (労災保険率表による) <u>小売業</u>
	⑪ 名称	<u>鹿児島物産株式会社 奄美支店</u>					電話番号 <u>0997-52-4611</u>		
	③ 労働保険番号	府県	所管	管轄(1)	基幹番号	枝番号	※認可コード	※管轄(2)	⑨ 整理番号
	<u>00000000000</u>						<u>0</u>	<u>00</u>	<u>0000</u>
	⑩ 所在地						郵便番号	⑪ 保険関係成立区分 (イ) 労災・雇用 (ロ) 労災 (ハ) 雇用	⑫ 事業の種類 (労災保険率表による)
	⑪ 名称						電話番号		
	③ 労働保険番号	府県	所管	管轄(1)	基幹番号	枝番号	※認可コード	※管轄(2)	⑨ 整理番号
	<u>00000000000</u>						<u>0</u>	<u>00</u>	<u>0000</u>
	⑩ 所在地						郵便番号	⑪ 保険関係成立区分 (イ) 労災・雇用 (ロ) 労災 (ハ) 雇用	⑫ 事業の種類 (労災保険率表による)
	⑪ 名称						電話番号		

※認可・取消年月日(元号:平成は7) 元号 9 - 年 00 - 月 00 - 日 00

※修正項目 00000000000000000000

※データ指示コード 0

1. 新規申請
3. 追加の申請
4. 認可の取消

鹿児島 労働局長 殿

事業主 住所 鹿児島市山下町13-21
鹿児島物産株式会社 記名押印又は署名
 氏名 代表取締役 鹿児島太郎
 (法人のときはその名称及び代表者の氏名)

(23.3)

5 事業主が行うべき事務を工場長、支店長等に代理させるとき、またはその代理人を解任したとき

- 提出書類………「雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届」
 - ① 一元適用事業は緑色で印刷された書類を使用します。
 - ② 二元適用事業は茶色で印刷された書類を使用します。
 - ③ 届出書類は5枚1組です。
 - ④ この様式は、労働保険・一般拠出金代理人選任・解任届、労働者災害補償保険代理人選任・解任届と一括して記載できるようになっているので、届出書類を作成する必要のない届名は、横線を引き抹消してください。
- 提出期日………代理人の選任又は解任のあった都度速やかに
- 提出先………雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届は、事業所の所在地を管轄するハローワーク
 労働保険・一般拠出金代理人選任・解任届は、一元適用事業または二元適用事業の労災保険は事業所の所在地を管轄する労働基準監督署、二元適用事業の雇用保険は事業所の所在地を管轄するハローワーク
 労働者災害補償保険代理人選任・解任届は、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署

雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届の記入例

雇用保険被保険者関係届出事務等 代 理 人 選 任 ・ 解 任 届 (正)																	
① 労働保険番号	50	1	12	34	56	78	00	00	② 雇用保険事業所番号	49	00	-	12	34	56	-	7
事項	区分	選任代理人							解任代理人								
③ 職 名		支店長							支店長								
④ 氏 名		労働 小次郎							適用 優子								
⑤ 生年月日		昭和58年 6月 20日							昭和52年 10月 25日								
⑥ 代理事項		雇用保険被保険者関係に関する事務一切							雇用保険被保険者関係に関する事務一切								
⑦ 選任又は解任の年月日		令和6年 10月 21日							令和6年 10月 20日								
⑧ 選任又は解任に係る事業場	所在地	立川市緑町〇ー△															
	名 称	株式会社 雇用保険 立川支店															
雇用保険法施行規則第145条の規定により上記のとおり届けます。																	
令和6年 10月 21日																	
立川 公共職業安定所長 殿																	
住 所 東京都千代田区殿が関〇ー△ー△																	
事業主 株式会社 雇用保険 代表取締役																	
氏 名 雇用太郎 (法人のときはその名称及び代表者の氏名)																	
社 会 保 険 労 務 士		指 定 生 産 者・ 給 付 代 理 者・ 事業代理者の表示		氏 名		電 話 番 号											

〔注 意〕

- 1 記載すべき事項のない欄には斜線を引き、事項を選択する場合には該当事項を○で囲むこと。
- 2 ⑤欄には、事業主の行うべき労働保険に関する事務の全部について処理される場合には、その旨を、事業主の行うべき事務の一部について処理される場合には、その範囲を具体的に記載すること。
- 3 選任代理人の職名、氏名、代理事項に変更があったときは、その旨を届け出ること。
- 4 社会保険労務士記載欄は、この届書を社会保険労務士が作成した場合のみ記載すること。
- 5 この様式は、労働保険・一般拠出金代理人選任・解任届、労働者災害補償保険代理人選任・解任届及び雇用保険被保険者関係届出事務等代理人選任・解任届を一括して記載できるようになっているので、届書を作成する必要のない届名は、横線を引き抹消すること。

6 施設が適用事業所にあたらなとき

雇用保険に関する事務処理は、原則は事業所ごとに行うこととなっていますが、労働者が役務を提供する場所又は施設（支店、営業所、出張所等）が、次の要件にすべて該当し、独立した事業所と認められないときは、下記の書類を提出して承認を受ければ、直近上位の主たる事業所（本社、支社等）で、一括して雇用保険関係被保険者に関する一切の手続を行うことができます。

- ・ 提出書類……「雇用保険事業所非該当承認申請書」（４枚１組）
「事業所非該当承認申請調査書」
- ・ 提出期日……申請しようとする都度速やかに
- ・ 提出先……非該当承認対象施設の所在地を管轄するハローワーク

※ 原則として、継続事業の一括の認可を受けている事業所については、事業所非該当の対象にはなりません。

事業所非該当承認基準

- ① 人事、経理、経営（又は業務）上の指揮監督、賃金の計算、支払等に独立性がないこと。
- ② 健康保険、労災保険等他の社会保険についても主たる事業所で一括処理されていること。
- ③ 労働者名簿、賃金台帳等が主たる事業所に備え付けられていること。

雇用保険事業所非該当承認申請書の記入例

雇用保険 事業所非該当承認申請書（安定所用）

1. 事实所非应当承继对象施股

①名 称	株式会社 雇用 十洲支店	④労働保険料の徴収に関する法律 施行規則上の事業場とされているか いる () いらない ()																																								
②所 在 地	〒500-0700 土師町600-1ビルム 電話 (059) 00-0010	⑤労働保険料 番 号 所別 管理 管轄 基 他 番 号 <table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																							
③施設の設置 年 月 日	令和 4 年 4 月 1 日	⑥社会保険の 取 扱 い 健康保険法及び厚生年金保険の事業場とされているか いる () いらない ()																																								
④事業の種類	保険業	⑦各種保険の 制 付 状 況 労働者名簿 賃金台帳 () 労務院																																								
⑤従 業 員 数	3 (うち被保険者数 3)	⑧管 轄 公 共 職 業 安 定 所 土師 公共職業安定所																																								
⑥事業所番号	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																					⑨雇 用 保 険 事 務 所 有 無 有 () 無 ()
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																							
⑩申 請 理 由	当該施設は、営業社日のみであり、人事及び経理上の独立性がないため																																									

2. 事業所

登録番号	50001-1234567	従従業員数	30(うち被保険者数 30)
名称	株式会社 藤井 水戸支店	登録年月日	平成〇年 4 月 1 日
所在地	〒300-0000 水戸市水戸町1-1-1 電話 (3000) 00-0000	労働組合 職業安定所	水戸 公共職業安定所
事業の種類	保険業	備考	

上記1の検査は、一の事業者として認められたいので承認されたく申請します。

令和 〇 年 4 月 6 日
公共職業安定所長殿

事業主（又は代理人）

住所 東京都千代田区霞が関1-2-2

(注) 社会保険労務士記載欄は、この届書を社会保険労務士が作成した場合のみ記入する。

社會科學
分 類 號
分 類 號

作成年月日	
-------	--

・協賛・後援

观察	

24

電話	
----	--

26

6.

7

※公共職業安定所記載欄

上記申請について協議してよろしいか。				年	月	日	所 長	次 長	課 長	係 長	係
調査結果	・場所的な独立性 ・経営上の独立性 ・施設としての特殊性	有・無 有・無 有・無	・事務処理能力 ・その他	有・無							
協 議 先				主 管 課		安定所	協議年月日		年 月 日		
下記のとおり決定してよろしいか。							所 長	次 長	課 長	係 長	係
協議結果											
承認・不承認											
備 考							決 定 年 月 日	年		月	日
							事業主通知年月日	年		月	日
							主管課報告年月日	年		月	日
							関係公共職業安定所	年		月	日

⑦⑨⑩⑫欄

・該当するものを○で囲んでください。

⑮「従業員数」

- ・⑤欄の人数は含めないでください。

⑬「適用年月日」

- ・雇用保険の適用事業となった年月日を記入してください。

「2. 事業所」

- ・上記 1 の施設に係る事務を行う事業所について記入してください。

7 事業所関係の届出をしたときにお渡しするもの

(1) 事業所設置届又は各種変更届を提出したとき

ハローワークから、以下の様式（A4版）に印字したものをお渡ししますので、大切に保管しておいてください。

なお、お渡しする書類に記載されている「労働保険番号」、「雇用保険適用事業所番号」とは以下のとおりです。

① 労働保険番号（14桁）

労働保険番号は、適用事業ごとに定められる番号で、保険料の申告・納付など労働保険関係の届出書類の提出時に使用する14桁の番号です。

× × × × × × × × × × × × × × × ×

（府県）（所掌）（管轄）（基幹番号）（枝番号）

② 雇用保険適用事業所番号

雇用保険適用事業所番号は、雇用保険の適用事業所ごとに定める番号で、適用事業所設置届を提出したときに付与されます。この番号は、以後事業主が行う雇用保険関係の届出書類の提出時に使用する11桁の番号です。

× × × × × × × × × × × × × × × ×

（安定所番号）（安定所ごと一連番号）（チェックディジット）

雇用保険適用事業所設置届 事業主控		
事業主 事業所各種変更届		
1. 法人番号	2. 事業所番号	3. 管轄区分
999999999999	4900-123456-7	1
4. 変更年月日		
5. 事業所の名称		
株式会社 雇用保険 池袋支店		
6. 郵便番号		
170-8409		
7. 事業所の所在地		
豊島区東池袋3-5-13		
8. 事業所の電話番号		
0338878606		
9. 設置年月日	10. 設置区分	
R060206	1 (1年度)	
11. 事業所区分	12. 定数分類	
1 (1年度)	67	
13. 労働保険番号		
50112345570000		
14. 備考		

(2) 事業所廃止届を提出したとき

ハローワークから、以下の様式（A 4 版）に印字したものをお渡ししますので、大切に保管しておいてください。

雇用保険適用事業所廃止届事業主控

1. 法人番号

999999999999

2. 事業所番号

XXXX-XXXXXX-X

3. 管轄区分

1

4. 事業所の名称

カブシカイシャ エイワホシデン 八王子支店

株式会社 雇用保険 八王子支店

5. 事業所の所在地

八王子市子安町〇-△-〇

6. 事業所の電話番号

00-0000-0000

7. 廃止年月日

R060731

8. 廃止区分

1

9. 統合先事業所の事業所番号

10. 統合先管轄区分

11.
備

考

○ 適用事業所についての諸手続に関するQ & A

Q 事業を開始した時の手続は？

このたび、従業員1名を雇って食品を製造する会社を設立することになりましたので、新規加入の手続を教えてください。

A 労働者を1人でも雇えば、労働保険（雇用保険＋労災保険）が適用されますが、貴社の場合は一元適用事業に該当するため、はじめに、事業開始の日の翌日から起算して10日以内に「労働保険関係成立届」を、事業所の所在地を管轄する労働基準監督署に提出します。

上記の手続を行っていただいた後、受理印の押された労働保険関係成立届事業主控及び確認書類等を添えて、「雇用保険適用事業所設置届」と「雇用保険被保険者資格取得届」を、事業所の所在地を管轄するハローワークに提出することとなります。

また、労働保険料の申告・納付も別途必要となりますのでご注意ください。

（「労働保険関係成立届」の手続を行った後、または同時に手続を行います。）

Q 事業所の名称・所在地を変更した時の手続は？

このたび、当社では社名を変更し、同時に住所も同じ県内の〇〇市から△△市へ移転することになりましたので、変更の手続を教えてください。

A 社名（事業所名）や事業所の所在地を変更したときは、変更のあった日の翌日から起算して10日以内に、「労働保険名称、所在地等変更届」を事業所の所在地を管轄する労働基準監督署又はハローワークに、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、事業所の所在地を管轄するハローワークに提出します（労働保険事務組合に手続を委託されている場合には、まず労働保険事務組合にご連絡ください。）。

具体的には、

○ 一元適用事業の場合……

はじめに移転後の所在地を管轄する労働基準監督署へ確認書類等を添えて「労働保険名称、所在地等変更届」を提出します。その後、移転後の所在地を管轄するハローワークへ確認書類等を添えて「雇用保険事業主事業所各種変更届」を提出してください。

○ 二元適用事業の場合……

雇用保険については、移転後の所在地を管轄するハローワークへ「労働保険名称、所在地等変更届」、「雇用保険事業主事業所各種変更届」を、労災保険については、移転後の住所を管轄する労働基準監督署へ「労働保険名称、所在地等変更届」を提出してください。

Q 事業所の設置（廃止）日を誤って届け出た場合は？

先日提出した書類のうち、事業所の設置日を間違えて届け出てしまいました。この場合の変更手続は可能なのでしょうか。

A 可能です。

訂正の方法については、手続を行ったハローワークへご相談ください。