

(様式)

提出された雇用保険被保険者資格取得等確認通知書に記載の常用労働者について

(該当項目を記載又は☐を入れてください。)

提出日	年 月 日
企業等の名称	

常用労働者 1 (男性)	フリガナ		雇 入 れ 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	勤 務 先 事 業 所 名 称				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
	男性育業推進リーダーの要件確認	☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性従業員である ☐ 休業・休職中ではない			
常用労働者 2 (男性)	フリガナ		雇 入 れ 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	勤 務 先 事 業 所 名 称				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
	男性育業推進リーダーの要件確認	☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性労働者 ☐ 休業・休職中ではない			
常用労働者 3	フリガナ		性 別	雇 入 れ 年 月 日	年 月 日
	氏 名		男・女		
	勤 務 先 事 業 所 名 称				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用 (雇用期間が1年超) ☐ その他 ()			
	男性育業推進リーダーの要件確認	(女性従業員の場合は記入不要) ☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性労働者 ☐ 休業・休職中ではない			

(様式)

常用労働者 4	フリガナ		性 別	雇 入 れ 年 月 日	年 月 日
	氏 名		男 ・ 女		
	勤 務 先 事 業 所 名 称				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用（雇用期間が1年超） ☐ その他（ ）			
	男性育業推進リーダーの要件確認	（女性従業員の場合は記入不要） ☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性労働者 ☐ 休業・休職中ではない			
常用労働者 5	フリガナ		性 別	雇 入 れ 年 月 日	年 月 日
	氏 名		男 ・ 女		
	勤 務 先 事 業 所 名 称				
	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 正社員ではないが、無期雇用 ☐ 有期雇用（雇用期間が1年超） ☐ その他（ ）			
	男性育業推進リーダーの要件確認	（女性従業員の場合は記入不要） ☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性労働者 ☐ 休業・休職中ではない			

※ 男性従業員のうち、「男性育業推進リーダーの要件確認」欄の全てにチェックが入る方がいない場合、従業員には男性育業推進リーダーの要件を満たす方がいません。

役員のうち、直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性の方がいる場合、こちらに記入してください。

男性育業推進リーダーの要件を満たす男性役員	フリガナ		役員就任 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	男性育業推進リーダーの要件確認	☐ 直近5か年度に、同一の子について合計30日以上の子育てをした男性役員である		