

様式 8 号

介護休業開始手続き依頼

ADR 社会保険労務士法人 御中

社員（正社員・パート・アルバイト）に保険給付事項が発生したため手続きを依頼します。

年 月 日

会社名

担当者名

※が付いている項目は当方に届済みの場合は記載不要です

社員番号		フリガナ		氏名					
種別	正社員・パート・()		マイナンバー※		— —				
生年月日※	T/S/H	年	月	日	雇用保険被保険者番号※				
休業開始日①	令和	年	月	日	休業終了日①	令和	年	月	日
休業開始日②	令和	年	月	日	休業終了日②	令和	年	月	日
住所	〒 - TEL() -								
被 介 護 者	氏名	フリガナ			マイナンバー				
					— —				
	生年月日	T/S/H	年	月	日	性別	男・女	続柄	

添付書類

- 預金通帳の表紙及び表紙裏のコピー（銀行コード・支店番号・口座番号）
- 住民票記載事項証明書等（姓が違う場合、別居の場合は戸籍謄本）
- 記載内容に関する確認書・提出代行に関する同意書（様式 8 号別紙）
- 出勤簿 11 日以上出勤している過去 13 ヶ月以上の出勤簿を添付してください。

ADR 利用欄

- 雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書（出勤簿・賃金台帳）
- 介護休業給付金支給申請書（住民票記載事項証明書・通帳コピー・出勤簿・賃金台帳）



ADR 社会保険労務士法人 Fax 075.863.3080

<https://adr.jpn.com>

様式 8 号別紙

記載内容に関する確認書
提出代行に関する同意書

令和 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

事業主氏名

私は、上記の事業主が提出する当該書類（※離職証明書は除く。）の記載内容について、
事実と相違ないことを認めます。

私は、当該書類について、上記の事業主が提出を代行することに同意しています。

被保険者氏名 _____ (署名)

雇用保険被保険者番号 _____

以上