

様式 9 号

## 高年齢雇用継続給付金申請手続き依頼

ADR 社会保険労務士法人 御中

社員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	昭 / 平 年 月 日		雇用保険被保険者番号※		
性 別 ※	男 ・ 女		雇用保険加入日※	昭 / 平 年 月 日	
住 所	〒 - TEL( ) - :				

### 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)
- 身分証明書 (免許証など)
- 記載内容に関する確認書・提出代行に関する同意書
- 出勤簿：誕生日月から 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

- 出勤簿(省)
- 賃金台帳(省)
- 同意書(省)
- 身分証明書
- 口座番号(省)
- 労働者名簿
- 賃金証明書申請
- 初回給付支給申請書



ADR 社会保険労務士法人 Fax 075.863.3080

<https://adr.jpn.com>

記載内容に関する確認書  
申請等に関する同意書  
(高年齢雇用継続給付用)

令和 年 月 日

私は、下記の事業主が行う

記

- 雇用保険被保険者六十歳到達時賃金証明書の提出について同意します。
- 高年齢雇用継続給付の受給資格の確認の申請について同意します。
- 雇用保険法施行規則第 101 条の 5・第 101 条の 7 の規定による高年齢雇用継続給付金の支給申請について同意します。(今回の申請に続く今後行う支給申請を含む。)

(該当する項目にチェック。複数項目にチェック可)

※ 本同意書の保存期限は、雇用保険法施行規則第 143 条の規定により本継続給付に係る完結の日から 4 年間とします。

業所名称 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (署名)

以上