雇用保険被保険者関係書類　再交付申請書
（事業所申請用）

1. 再交付の必要な被保険者氏名、事業所名等の必要事項をご記入下さい。

事業所番号	－　－	被保険者番号	－　－
フリガナ		フリガナ	
事業所名		再交付希望の被保険者氏名	
		生年月日	昭和・平成　年　月　日
		取得年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
電話番号		喪失年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
		育児休業開始日	平成・令和　年　月　日

2. 再交付を希望する番号に〇をつけて下さい。

① 資格取得確認通知書 （ 事業所通知用 ・ 本人通知用 ）	⑤ 離職証明書 ・ 期間等証明書 （ 事業所控 ）
② 雇用保険資格喪失届･氏名変更届	⑥ 離職票 -1・２、 期間等証明票 （ 本人控 ）
③ 資格喪失確認通知書 （ 事業所通知用 ・ 本人通知用 ）	⑦ 受給資格確認通知書・支給決定通知書・否認通知書 （ 育休 ・ 高年齢 ・ 介護 ）
④ 転勤受理通知書 （ 事業所通知用 ・ 本人通知用 ）	⑧ 事業所設置届事業所控 ・ 廃止届事業主控
⑨ その他（　　）	

3. 再交付の理由に〇をつけて下さい。

ア．紛失　　イ．滅失　　ウ．破損（破損した書類を添えて下さい）

エ．その他（　　）

上記のとおり雇用保険関係書類の再交付を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

〒

申請者【事業主】

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

公共職業安定所長　殿

個人情報保護の観点から、提出者が事業主（当該事業所又は労働保険事務組合の従業員を含む）又は事業主から委任を受けた代理人である場合は、そのことを確認する書類（社員証、委任状等）の提示が必要です。

社会保険労務士が提出を代行する場合は下記事項もご記入下さい。

	作成年月日･提出代行者･事務代理者の表示	氏　名	電話番号
社会保険労務士記載欄			

安定所記載欄		次長	課長	係長	係