

雇用保険被保険者資格

取得 届等 訂正 願
喪失 取消

| | | | |
|-------------------------|-------|----------------------|-------|
| ① 取得 届等確認通知年月日 喪失 | 年 月 日 | フリガナ | |
| ② 被 保 険 者 番 号 | | ④ 被 保 険 者 氏 名 | |
| | — | ⑤ 被 保 険 者 となった年月日 | 年 月 日 |
| ③ 事 業 所 番 号 | | | |
| | — | | |

| | 誤 (旧) | 正 (新) | |
|---------|---|------------------|------------------|
| 訂正事項 | フリガナ | | |
| | ⑥ 被 保 険 者 氏 名 | | |
| | ⑦ 生 年 月 日 | 大・昭・平・令 年 月 日 | 大・昭・平・令 年 月 日 |
| | ⑧ 被 保 険 者 となった年月日 | 平・令 年 月 日 | 平・令 年 月 日 |
| | ⑨ 離 職 年 月 日 | 平・令 年 月 日 | 平・令 年 月 日 |
| ⑩ そ の 他 | | | |
| 統一事項 | ⑪ 重 複 統 一 (被保険者証を二枚以上持っている場合に統合します。) | | |
| 取消事項 | ⑫ 資 格 取 得 届 | ⑮取消理由 | |
| | ⑬ 資 格 喪 失 届 | | |
| | ⑭ 転 勤 届 | | |

上記のとおり 訂正 取消 していただきたくお願いいたします。

令和 年 月 日

所在地
事業主 名称
代表者氏名

公共職業安定所長 殿

| | | | | |
|-----------|-------|----------|-----|-------------|
| ※ 確 認 書 類 | 労働者名簿 | 賃金台帳 | 出勤簿 | 住民票・戸籍謄(抄)本 |
| | 被保険者証 | 各種届確認通知書 | 契約書 | その他関係書類 |

- 記入方法
- ※欄は記入しないでください。
 - ①～⑤欄は、訂正又は取消などを行う確認通知書(各届出書の提出時に安定所からお渡したもの)の内容をそのまま記入してください。
 - ⑥～⑭欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、取消の場合には⑮欄に取消理由を記入してください。
 - この願には、被保険者証、確認通知書、様式第4号を必ず添付し、訂正、取消の根拠を確認できる上記書類を持参してください。

受理(処理)年月日

| | | | | | | |
|----|----|---|----------------|----------------|-----|---------|
| 課長 | 係長 | 係 | 社会保険労務士 記載欄 | 作成年月日・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
| | | | | | | |