|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※ | 所 長 | 次 長 | 課 長 | 係 長 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |

□**雇用保険被保険者証 再交付申請書**

□**被保険者資格喪失確認通知書 再交付申請書**

3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | |  | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 2  性  別 | | | □１男  □２女 | | | 生年月日 | | 昭和 | 年　 　月 　　日 | |
| 1 | 氏　名 | |  | | | | | | | | | |
| 平成 |
| 4 | 住所又は居　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| －　　　－ | | |
| 現に被保険者として雇用されている事業所 | | | 5 | 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| －　　　－ | | |
| 6 | 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |
| 最後に被保険者として雇用されていた事業所 | | | 7 | 名　称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| －　　　－ | | |
| 8 | 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | |
| 9 | | 取得年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  | － |  | |  |  |  | | |  | |  | － | |  | ※  安定所  確認印 | |  |
| 11 | | 被保険者証の滅失  または損傷の理由 | | | | 理　由　： □紛失した　　□会社からもらっていない  提出先　： □年金事務所　□市区役所　　□再就職先　　□雇用保険受給 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険法施行規則第10条第3項の規定により上記のとおり雇用保険被保険者証の再交付を申請します  　令和　　　年　　　月　　　日    福岡南　公共職業安定所長 殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ | 再交付  年月日 | | | | 令和　　　年　　 月　 　日 | | | | | | | ※備　考 | | | | | 免　 マ　 パ　 住　 保　 受 | | | | | | | | | |

注意

1. 被保険者証を損傷したことにより再交付の申請をする者は、この申請書に損傷した被保険者証を添えること。
2. 1欄には、滅失または損傷した被保険者証に記載されていたものと同一のものを明確に記載すること。
3. 5欄および6欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者である場合に、その雇用されている事業所の名称および所在地をそれぞれ記載すること。
4. 7欄および8欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者でない場合に、最後に被保険者として雇用されていた事業所の名称および所在地をそれぞれ記載すること。
5. 9欄には、最後に被保険者となったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。
6. 申請者氏名については、記名押印または署名のいずれかにより記載すること。
7. ※印欄には、記載しないこと。

(R6.11)