

雇用保険被保険者資格 取得 届等 訂正 願
喪失 取消 願

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	
③ 事 業 所 番 号		⑤ 被 保 険 者 となった年月日	
		年	月 日

訂正事項		誤 (旧)			正 (新)				
	フリガナ								
	⑥ 被 保 険 者 氏 名								
	⑦ 生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日	大・昭・平	年	月	日
	⑧ 被 保 険 者 となった年月日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
	⑨ 離 職 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	昭・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 | <ol style="list-style-type: none"> ※欄は記入しないでください。 ①～⑤欄は、訂正また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	作成年月日・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			社会保険労務士 記 載 欄		