

# 記入例

様式第8号（第10条関係）

※

| 所長 | 次長 | 課長 | 係長 | 係 |
|----|----|----|----|---|
|    |    |    |    |   |

## 雇用保険被保険者証再交付申請書

|                                                                                                                   |           |                           |                                                                                         |            |         |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|----------------------|
| 申請者                                                                                                               | 1. フリガナ   | ロウドウ ハナコ                  | 2. 性別                                                                                   | 1 男<br>2 女 | 3. 生年月日 | 大昭和50年10月5日          |
|                                                                                                                   | 氏名        | 労働花子                      |                                                                                         |            |         |                      |
| 現に被保険者として雇用されている事業所                                                                                               | 4. 住所又は居所 | 群馬県前橋市天川大島町130-1          |                                                                                         |            |         | 郵便番号<br>379-2154     |
|                                                                                                                   | 5. 名称     |                           |                                                                                         |            |         | 電話番号                 |
| 最後に被保険者として雇用されていた事業所                                                                                              | 6. 所在地    |                           |                                                                                         |            |         | 郵便番号                 |
|                                                                                                                   | 7. 名称     | 株式会社 群馬労働局                |                                                                                         |            |         | 電話番号<br>027-210-5007 |
|                                                                                                                   | 8. 所在地    | 群馬県前橋市大渡町1-10-7           |                                                                                         |            |         | 郵便番号<br>371-0854     |
| 9. 取得年月日                                                                                                          |           | 令和3年 4月 1日                |                                                                                         |            |         |                      |
| 10. 被保険者番号                                                                                                        |           | 1 2 3 4 - 1 2 3 4 5 6 - 1 |                                                                                         |            |         | ※安定所確認印              |
| 11. 被保険者証の滅失又は損傷の理由                                                                                               |           | 紛失の為                      |                                                                                         |            |         |                      |
| <p>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。</p> <p>令和 7年 4月 1日</p> <p>前橋 公共職業安定所長 殿</p> <p>申請者氏名 労働花子</p> |           |                           |                                                                                         |            |         |                      |
| ※再交付年月日                                                                                                           | 令和 年 月 日  | ※備考                       | <p>被保険者番号が不明の場合は、空欄にしておいてください。</p> <p>その場合は、事業所名と取得年月日でお調べしますので、漏れのないようにご記入をお願いします。</p> |            |         |                      |

### 注意

- 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
- 1 欄には、滅失又は損傷した被保険者証に記載されている
- 5 欄及び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及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 7 欄及び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及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 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。
- ※印欄には、記載しないこと。
- なお、本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは公共職業安定所までお問い合わせください。