

願

① 取得 届等確認通知年月日 喪失	年 月 日												フリガナ				
													④ 被保険者氏名				
② 被 保 険 者 番 号														⑤ 被 保 険 者 となった年月日	年	月	
				—								—					
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						

取消事項	① 資格取得届	⑭訂正又は取消の理由
	② 資格喪失届	
	③ 転勤届	

統一事項	⑮ 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。															

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

事業主	所在地 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したもの)の内容をそのまま記入してください。
- ⑥～⑬及び⑮欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、訂正又は取消の場合には⑭欄に訂正又は取消の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(处理)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

受理(处理)年月日