次長	課長	係長	係

雇用継続給付関係雇用保険被保険者各種訂正・取消願

氏　　名		被保険者番号	－　　－
事業所番号	－　　－	訂正・取消に係る資格取得年月日	年　　月　　日
訂正・取消を行う給付金の番号に〇印を付けてください	１．高年齢雇用継続給付　２．育児休業給付　３．介護休業給付		

１．訂正する事項［訂正する事項についてのみ記入してください］

訂正項目	訂　正　前	訂　正　後
訂正箇所		

２．（六十歳到達時等賃金証明書／休業開始時賃金月額証明書）の記載内容に関する訂正事項［訂正する事項についてのみ記入してください］

訂　正　前	訂　正　後

３．取消する期間［取消する申請対象期間を記入してください］

４．訂正・取消理由

上記のとおり訂正・取消願います

公共職業安定所長　殿

年　　月　　日

事業所
所在地
名称
代表

事務組合・社会保険労務士
所在地
名称
代表