|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　長 | 部　長 | 課　長 | 専　門　官 | 係　長 | 係 |
|  |  | 専決 |  |  |  |

雇用保険被保険者履歴の照会

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 | （ 男 ・ 女 ） |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 |  大 ・ 昭 ・ 平　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 被保険者番号 |  |
| 照会理由 |  |
| 上記のとおり雇用保険被保険者履歴について照会します。令和　　　年　　　月　　　日函館公共職業安定所長　殿記名押印又は署名申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 本人であることの確認書類 |  |