

所 長	次 長	課 長	係 長	係

## 雇用保険被保険者証の重複届

事業所番号	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □											
フリガナ												
被保険者氏名												
資格取得年月日	平成 □ □			年 □ □			月 □ □			日 □ □		
新しい被保険者証の被保険者番号より順次記入して下さい。	被 保 険 者 番 号											
	1	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	2	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	3	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	4	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	5	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
重 複 の 理 由												

令和      年      月      日

上記のとおり重複したので統一願います。

事業主      名 称  
                 所在地  
                 氏 名

(印)

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載側	作成年月日・提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	

## 雇用保険被保険者証の重複届

事業所番号	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □											
フリガナ												
被保険者氏名												
資格取得年月日	平成 □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日 令和 □ □ 年 □ □ 月 □ □ 日											
新しい被保険者証の被保険者番号より順次記入して下さい。	被 保 険 者 番 号											
	1	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	2	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	3	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
	4	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □										
5	□ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ - □											
重複の理由												

令和 年 月 日

上記のとおり重複したので統一願います。

事業主 名称  
所在地  
氏名



公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載側	作成年月日・提出代行者の表示	氏 名	電 話 番 号
			印