

雇用保険被保険者資格 取得 喪失 届等 訂正 取消 願

① 取得 届等確認通知年月日 喪失	年 月 日	フリガナ	
② 被 保 険 者 番 号		④ 被 保 険 者 氏 名	
— — — — — — — — — —		⑤ 被 保 険 者 となった年月日	
③ 事 業 所 番 号		年	月 日
— — — — — — — — — —			

		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 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
	⑧ 被 保 険 者 となった年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	⑨ 離 職 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑩ そ の 他			
統一事項	⑪ 重 複 統 一 <small>被保険者証を二枚以上持っている場合に統合します。</small>	— — — — — — — — — —	— — — — — — — — — —
取消事項	⑫ 資 格 取 得 届	⑮取消理由	
	⑬ 資 格 喪 失 届		
	⑭ 転 勤 届		

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

所在地
事業主 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たもの)の内容をそのまま記入してください。
 - ⑥～⑭欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、取消の場合には⑮欄に取消理由を記入してください。
 - 代表者氏名について、記入押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
 - 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(処理)年月日

課長	係長	係		作成年月日・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
			社会保険労務士 記 載 欄			