

【記載について】

赤字のとおり記載いただき、
黒枠で囲んでいる部分を記載してください

1. 個人番号

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

余白に朱書きで「休業」
と記載してください

2. 被保険者番号

4301-123456-7

3. 事業所番号

4301-654321-0

4. 資格取得年月日

4-270401 (3 昭和
4 平成)

元号

年

月

日

5. 離職等年月日

4-280416

元号

年

月

日

6. 喪失原因

4 (1 離職以外の理由
2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職)

7. 離職票交付希望

1 (1 有
2 無)

8. 1週間の所定労働時間

2000

時間

分

9. 補充採用予定の有無

☒休業を開始した日の前日を
記載してください休業の場合は
「4」を記載し
てください

10. 新氏名

フリガナ (カタカナ)

※ 公共職業安定所
記載欄

11. 喪失時被保険者種類

☐ (3 季節)

12. 国籍・地域コード

 (17欄に対応
するコードを
記入)

13. 在留資格コード

 (18欄に対応
するコードを
記入)

14欄から18欄までは、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

14. 被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) (アルファベット大文字で記入してください。)

被保険者氏名 (ローマ字) または新氏名 (ローマ字) [続き]

15. 在留期間

 まで
西暦 年 月 日16. 派遣・請負
就労区分☐ (1 派遣・請負労働者として
主として当該事業所以外
で就労していた場合
2 1に該当しない場合)

17. 国籍・地域

18. 在留資格

19. (フリガナ)

被保険者氏名

テンショウ カナエ

天職 香苗

20. 性 別

男・女

21. 生 年 月 日

(大正
昭和
平成) 60 年 1 月 23 日22. 被保険者の
住所又は居所

熊本市西区春日3-2-1

23. 事業所名称

株式会社 H10-7-7

24. 氏名変更年月日

平成 年 月 日25. 被保険者で
なくなったことの原因

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

平成 28 年 4 月 18 日

事業主

住 所 熊本市西区春日1-2-3

氏 名 株式会社 H10-7-7

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

電話番号 096-211-1703

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号

安定所	備考欄

※ 所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者

確 認 通 知 年 月 日
平成 年 月 日

