

再作成依頼書（事業主用）

公共職業安定所長 殿

下記の通知書等について、再作成いただくようお願いします。

令和 年 月 日

記

(再作成依頼者)

郵便番号・住所	〒
事業所または 労働保険事務組合の名称	
事業主または 労働保険事務組合の代表者氏名	⑨
電話番号	
雇用保険事務担当者	(氏名) (連絡先)

(再作成希望通知書等)

労働保険番号または基幹番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号
適用事業所番号		-			-
事業所名					
被 保 険 者 氏 名 等	氏 名 (生年月日)	雇 用 保 険 被 保 険 者 番 号			資 格 取 得 年 月 日
	(S・H 年 月 日生)	-	-	-	昭和・平成・令和 年 月 日
	(S・H 年 月 日生)	-	-	-	昭和・平成・令和 年 月 日
再作成希望通知書等 (該当する番号に○を記載)	1 雇用保険適用事業所設置届・事業主事業所各種変更届事業主控 2 雇用保険適用事業所廃止届事業主控・事業所非該当承認通知書 3 雇用保険被保険者資格取得等確認(区分変更確認)通知書(事業主通知用・被保険者通知用) 4 雇用保険被保険者資格喪失届 5 雇用保険被保険者転勤届受理通知書(転勤前事業主通知用) 6 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(事業主通知用・被保険者通知用)				
再作成希望理由 (該当する番号に○を記載)	1 滅失のため 2 損傷のため				

- ・ 被保険者氏名等欄は、希望文書が3, 4, 5, 6の場合に記載し、4件以上の場合は、別紙に記載願います。
- ・ 再作成希望理由が損傷である場合は、当該損傷した通知書等を添付願います。
- ・ 再作成依頼者以外の者が提出する場合は、当該書面の再作成を求める事業主等の委任状を添付願います。

安定所処理欄

所 長	課 長	係 長	係

備 考