

# 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	
③ 事 業 所 番 号		⑤ 被 保 険 者 となつた年月日	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・令 年 月 日
	⑧ 被 保 険 者 となつた年月日	平・令 年 月 日
	⑨ 離 職 年 月 日	平・令 年 月 日
⑩ そ の 他		
統一事項	⑪ 重 複 統 一 被保険者証を二枚以上持っている 場合に統合します。	
取消事項	⑫ 資 格 取 得 届	⑮ 訂正又は取消理由
	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、訂正又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、訂正又は取消の場合には⑮欄に訂正又は取消理由を記入してください。
  - 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		