

再作成依頼書（事業主用）

ふりがな 被保険者氏名		被保険者番号							-										-
事業所名		事業所番号							-										-
再作成に係る高年齢雇用継続給付の支給対象期間																			
初月	平成・令和	年	月	日	末月	平成・令和	年	月	日										
育児休業給付開始年月日										介護休業給付開始年月日									
平成・令和										平成・令和									
年										年									
月										月									
日										日									
再作成希望 通知書等 (希望するものに○)	1 高年齢雇用継続給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用）																		
	2 高年齢雇用継続給付受給資格確認（否認）通知書（高年齢雇用継続給付支給決定通知書）																		
	3 高年齢雇用継続給付支給申請書																		
	4 育児休業給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用）																		
	5 育児休業給付受給資格確認（否認）通知書（育児休業給付金支給決定通知書）																		
	6 育児休業給付金支給申請書																		
	7 育児休業給付受給資格者への通知票																		
	8 介護休業給付金支給・不支給決定通知書																		
	9 介護休業給付各種処理結果通知書																		
再作成希望理由	1 滅失のため 2 損傷のため (理由が損傷である場合は、当該損傷した通知書等を添付してください。)																		
上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 <div style="text-align: right;">_____公共職業安定所長 殿</div>																			
再作成依頼者 (事業主)	所在地： 名 称： 代表者氏名： 電話番号：																		

※ 代理人（社会保険労務士等）に請求を委任する場合には、以下にも記入してください。
下記の2の者を代理人として、下記1に規定する権限を委任します。

記

- 1 権限：上記通知書等の再作成を依頼することについての一切の権限
- 2 代理人（社会保険労務士の場合は、営む事務所名称（法人の場合は法人名称）を付記してください。）
住 所：
氏 名：

(事業主)
所 在 地：
名 称：
代表者氏名：_____

※ 提出される方の身分を確認できる書類を提示してください（第2面の注意事項をご参照ください）。
※ 提出された内容について、ハローワークから事業主へ直接確認する場合があります。

所長	部(次)長	課長	係長	係

注意事項

- 1 本依頼書を提出する際は、適切な情報管理の観点から、事業主（当該事業所の従業員を含む）又は事業主から委任を受けた代理人であることを確認できる書類（以下のような身分確認書類）を提示してください。

【身分確認書類の例（提出者別）】

(1) 事業主

名刺、社員証、その他官公署から発行された身分証明書（運転免許証、住民票の写し）等

(2) 本依頼に係る事業所の従業員

名刺、社員証、事業主が任意様式で作成した事業所の職員であることを証明する書類等

(3) 本依頼を委任された社会保険労務士

名刺、社会保険労務士証票、社会保険労務士会会員証、その他官公署から発行された身分証明書

(4) 本依頼を委任された社会保険労務士の営む社会保険労務士事務所（法人含む）の従業員等委任された社会保険労務士に係る上記（3）の写し、当該社会保険労務士事務所の従業員であることを確認できる名刺（依頼書の2「代理人」欄に付記された社会保険労務士事務所の名称が確認できるもの）等

(5) 上記以外の代理人

官公署から発行された身分証明書等

- 2 郵送で提出する場合は、特定記録等の記録付き郵便相当料金の切手を貼付した返信用封筒（封筒表面に「特定記録」等の郵送種別を朱書きしたもの）と上記の身分確認書類の写しを同封してください。

- 3 本依頼書を提出される方が、真正な請求権を有する方であることを確認するために、提出された依頼書の内容について、事業主様へ確認する場合があります。