**再作成依頼書（被保険者用）**

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 | 〒 |
| 氏　　　　　　　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日　生 |
| 電話番号 |  |

（再作成希望通知書等）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号等  （該当する欄を記載） | 雇用保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | 雇用保険資格取得年月日 | | |
|  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  | - |  | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 再作成に係る高年齢雇用継続給付の支給対象期間 | | | | | | | | | | | | 再作成に係る育児時短就業給付の支給対象期間 | | 休業開始年月日 | |
| 初月　令和　　年　　月  末月　令和　　年　　月 | | | | | | | | | | | | 初月　令和　　年　　月  末月　令和　　年　　月 | | 育児 | 令和　年　月　日 |
| 介護 | 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　雇用保険被保険者資格取得等確認（区分変更確認）通知書（被保険者通知用）  ２　雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（被保険者通知用）  ３　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）  ４　高年齢雇用継続給付支給申請書  ５　介護休業給付金支給（不支給）決定通知書  ６　介護休業給付各種処理結果通知書  ７　育児休業給付受給資格確認（否認）通知書（育児休業給付の支給決定通知書）  ８　育児休業給付金支給申請書  ９　出生後休業支援給付金支給（不支給）決定通知書  10　育児時短就業給付受給資格確認（否認）通知書（育児時短就業給付支給決定通知書）  11　育児時短就業給付金支給申請書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

・　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被保険者等の委任状を添付願います。

・　ハローワークに来所して提出する場合は、提出者が本人（依頼者または代理人）であることを証する書類（運転免許証等）を持参願います。

安定所記載欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　長 | 部（次）長 | 課　長 | 係　長 | 係 |  | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |

新潟 R7.3