**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。

平成　　　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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 |
| （　　　年　　月　　日生） |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  | - |  | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| （　　　年　　月　　日生） |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  | - |  | 昭和・平成　　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・氏名変更届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。

・　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、もしくはその職員）であることを証する書類（運転免許証等）を持参願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　長 | 課　長 | 係　長 | 係 |  | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |

安定所処理欄

新潟2412-05