**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