

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 | ⑩ |
| 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。

安定所処理欄

| | | | |
|-----|-----|-----|---|
| 所 長 | 課 長 | 係 長 | 係 |
| | | | |

| |
|-----|
| 備 考 |
| |