

# 雇用保険関係各種届書等再作成申請書

フリガナ		取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
被保険者氏名		被保険者番号			-	
事業所名		事業所番号			-	

《再作成届書等》 ※該当項目にチェックしてください。

①被保険者関係	②事業所関係
<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 事業所設置届事業主控
<input type="checkbox"/> 資格取得等確認通知書	<input type="checkbox"/> 事業所廃止届事業主控
<input type="checkbox"/> 資格喪失届・氏名変更届	<input type="checkbox"/> 事業主事業所各種変更届事業主控
<input type="checkbox"/> 転勤届受理通知書	<input type="checkbox"/> 事業所非該当承認通知書
<input type="checkbox"/> 資格喪失確認通知書	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 離職票-1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 離職票-2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他( )	
③雇用継続給付関係	
<input type="checkbox"/> 高年齢雇用継続給付受給資格確認・否認・支給決定通知書	<input type="checkbox"/> 育児休業給付受給資格確認・否認・支給決定通知書
<input type="checkbox"/> 高年齢雇用継続給付次回支給申請日指定通知書	<input type="checkbox"/> 育児休業給付次回支給申請日指定通知書
<input type="checkbox"/> 高年齢雇用継続給付支給申請書	<input type="checkbox"/> 育児休業給付支給申請書
<input type="checkbox"/> その他( )	

《申請理由》 ※該当項目にチェックして、具体的理由を必ず記入してください。

<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> その他	[再作成が必要な具体的理由]
<input type="checkbox"/> 損傷		

上記について再作成を申請します。

令和 年 月 日  
公共職業安定所長 殿

事業主 所在地  
又は 名称 ⑩  
労働保険事務組合 代表者氏名

※被保険者が申請者である場合は、住所・氏名を記入してください。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏名	電話番号	受理確認印								
《備考》				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">所長</td> <td style="width: 15%;">課長</td> <td style="width: 15%;">係長</td> <td style="width: 15%;">係</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	所長	課長	係長	係				
所長	課長	係長	係									