給付目的　有・無

訂 正 申 立 理 由 書

令和　　年　　月　　日

労働保険特別会計歳入徴収官

大分労働局長　殿

労働基準監督署

経由

　　公共職業安定所

下記理由により労働保険確定内容の訂正を申し立てます。

記

　□　　　年度（ 労災 ・雇用 ・両保険 ）算定額　に　 　名

　※　両保険‥‥雇用保険に加え労災保険の訂正が必要

算入もれ（資格取得）　・　誤算入（資格喪失）のため。

　　　　　□　　給付を受ける予定が　　あります　・　ありません。

* 他に訂正申立て対象者はいません。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　名 | 算定対象期間 |
|  | 年　　月～　　年　　月 |
|  | 年　　月～　　年　　月 |
|  | 年　　月～　　年　　月 |

労働保険番号

４４． ． 　．　　　　　　　－

事業場所在地

**署所受付印**

事業場名称

事業主氏名

担当者氏名

連絡先電話番号

**※ 日中連絡がつく電話番号（携帯等）をご記入ください。【R7.3】**