

部長	課長	係長	係

雇用継続給付関係雇用保険被保険者各種訂正・取消願

氏名		被保険者番号	- -
事業所番号	3303- -	訂正・取消に係る資格取得年月日	年 月 日
訂正・取消を行う給付金の番号に○印を付けてください	1. 高年齢雇用継続給付 2. 育児休業給付 3. 介護休業給付		

1. 訂正する事項 [訂正する事項についてのみ記入してください]

訂正項目	訂正前	訂正後
訂正箇所		

2. [六十歳到達時等賃金証明書
休業開始時賃金月額証明書]の記載内容に関する訂正事項 [訂正する事項についてのみ記入してください]

訂正前	訂正後

3. 取消する期間 [取消する申請対象期間を記入してください]

--

4. 訂正・取消理由

上記のとおり訂正・取消願います

倉敷中央公共職業安定所長 殿

年 月 日

事業所
所在地
名称
代表

事務組合・社会保険労務士
所在地
名称
代表