

記入例

※	所長	次長	課長	係長	係

雇用保険被保険者証再交付申請書

申請者	1. フリガナ	テン シ ョ ク カ ナ エ	2. 性別	1 男 2 女	3. 生年月日	大 昭 50 年 10 月 5 日 平
	氏 名	天職 叶恵				
現に被保険者として雇用されている事業所	4. 住所又は居所	茨木市東中条町 1 - 1 2			郵便番号	567 - 0885
	5. 名称	大阪労働 株式会社			電話番号	072-623-2551
最後に被保険者として雇用されていた事業所	6. 所在地	大阪府中央区常磐町 1 - 3 - 8			郵便番号	540 - 0028
	7. 名称				電話番号	06-4790-6300
最後に被保険者として雇用されていた事業所	8. 所在地	雇用保険に加入した日（入社日）			郵便番号	-
	9. 取得年月日	平成 2 5 年 4 月 1 日				
10. 被保険者番号	1 2 3 4 - 1 2 3 4 5 6 - 1					※ 安定所 確認印
11. 被保険者証の滅失又は損傷の理由	紛失					
雇用保険法施行規則第 10 条第 3 項の規定により上記のとおり雇用保険被保険者証の再交付を申請します。						
令和 1 年 6 月 3 日						
公共職業安定所長 殿						
申請者氏名 天職 叶恵 印						
※ 再交付年月日	年 月 日					

注意

- 1 被保険者証を損傷したことにより再交付を受けること。
- 2 1 欄には、滅失又は損傷した被保険者証の番号を記載すること。
- 3 5 欄及び 6 欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 4 7 欄及び 8 欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者でない場合に、最後に被保険者として雇用されていた事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 5 9 欄には、最後に被保険者となったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。
- 6 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 7 ※印欄には、記載しないこと。
- 8 なお、本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは公共職業安定所までお問い合わせください。