

記入例

雇用保険被保険者資格取得届出確認照会票

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

帳票種別

111181

第2面の注意をよくお読みください。

1. 被保険者番号

1234-567890-0

2. 氏名(漢字)

阿倍野 あべ子

フリガナ(カタカナ)

アベノ アベコ

3. 生年月日

3-501013 (2大正 3昭和
4平成 5令和)
元号 年 月 日

4. 郵便番号

545-0004

5. 被保険者の住所(漢字) 市・区・郡及び町村名

大阪市阿倍野区文の里

被保険者の住所(漢字) 丁目・番地

1-4-2

被保険者の住所(漢字) アパート、マンション名等

6. 資格取得年月日

4-170401 (3昭和 4平成
5令和)
元号 年 月 日

7. 事業所番号

2704-987654-3

事業所の名称

大阪労働局

事業所の所在地

大阪市中央区常盤町1-3-8

※
公共職業安定所
記載欄

8. 強制出力

上記のとおり雇用保険の被保険者資格の取得手続きの有無について照会します。

電話番号 06-4399-6007

照会者 氏名 阿倍野 あべ子

令和 2年12月10日

公共職業安定所長 殿

※ 照会処理日 令和 年 月 日

【項目1】被保険者番号、【項目7】事業所番号がご不明の場合は、空白にしたうえでご照会ください。それ以外の項目により確認いたしますので漏れのないようにご記入をお願いします。

※ 所長 次長 課長 係長 係 操作者