

雇用保険被保険者に係る訂正(取消)願

事業所番号	-	被保険者氏名	
被保険者番号	-	生年月日	年 月 日

		誤(旧)	正(新)
訂正事項	フリガナ		
	被保険者氏名		
	性別	1 男 2 女	1 男 2 女
	生年月日	2 大 3 昭 年 月 日 4 平	2 大 3 昭 年 月 日 4 平
	資格取得年月日	3 昭 年 月 日 4 平	3 昭 年 月 日 4 平
	離職等年月日	3 昭 年 月 日 4 平	3 昭 年 月 日 4 平
	被保険者区分	1 一般 7 短時間	1 一般 7 短時間
	事業所番号	-	-
	その他		
	統一事項	重複統一被保険者番号を複数持っている場合に統合します	前の事業所での被保険者番号 -

誤って届出た理由

先に誤って届けましたので、上記のとおり訂正(取消)願います。

平成 年 月 日

事業主
住所
名称
代表者名
電話番号



記名押印又は自筆による署名

公共職業安定所長 殿

社会保険労務士欄 (当申請に係る添付書類の省略は出来ません)	
-----------------------------------	--

注意事項	1. 訂正を希望される該当欄のみを記入してください。 2. この願には、被保険者証・各種届出確認通知書等を添付し、訂正(取消)の根拠が確認できる書類を持参してください。 < 確認書類例 > 労働者名簿、出勤簿・タイムカード、賃金台帳、雇用契約書、住民票・戸籍謄(抄)本 その他関係書類 3. 事業主の「住所」及び「名称・代表者名」欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を記載してください。 4. 事業主の「代表者名」欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
------	--

安定所使用欄

次長	課長	係長	係