

雇用保険被保険者資格 取得 喪失 届等 訂正 取消 願

① 取得 届等確認通知年月日 喪失	年 月 日	フリガナ			
② 被 保 険 者 番 号		④ 被 保 険 者 氏 名			
③ 事 業 所 番 号		⑤ 被 保 険 者 となった年月日		年	月 日

		誤 (旧)						正 (新)					
訂正事項	フリガナ												
	⑥ 被 保 険 者 氏 名												
	⑦ 生 年 月 日	大・昭・平	年	月	日	大・昭・平	年	月	日				
	⑧ 被 保 険 者 となった年月日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日				
	⑨ 離 職 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日				
⑩ そ の 他													
統一事項	⑪ 重 複 統 一 <small>被保険者証を二枚以上持っている場合に統合します。</small>												
取消事項	⑫ 資 格 取 得 届	⑮取消理由											
	⑬ 資 格 喪 失 届												
	⑭ 転 勤 届												

上記のとおり 訂正 取消 していただきたくお願いいたします。

令和 年 月 日

所在地
事業主 名称
代表者氏名

公共職業安定所長 殿

※ 確 認 書 類	労働者名簿	賃金台帳	出勤簿	住民票・戸籍謄(抄)本
	被保険者証	各種届確認通知書	契約書	その他関係書類

- 記入方法

 1. ※欄は記入しないでください。
 2. ①～⑤欄は、訂正または取消などを行う確認通知書(各届出書の提出時に安定所からお渡したもの)の内容をそのまま記入してください。
 3. ⑥～⑭欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、取消の場合には⑮欄に取消理由を記入してください。
 4. 代表者氏名について、記入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。
 5. この願には、被保険者証、確認通知書、様式第4号を必ず添付し、訂正、取消の根拠を確認できる上記書類を持参してください。

受理(処理)年月日

課長	係長	係	社会保険労務士 記載欄	作成年月日・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号