所長	課長	係長	係

雇用保険被保険者各種確認（受理）通知書再交付願

適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□		
事業所名			
被保険者番号	□□□□－□□□□□□－□		
資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日		
フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	性別	男 ・ 女
再交付書類	□ 資格取得確認通知書 □ 資格喪失・氏名変更届 □ 資格喪失確認通知書 □ 離職票－1 □ 離職票－2 □ 事業所設置届事業主控 □ 事業所廃止届事業主控 □ 事業主事業所各種変更届事業主控 □ その他（　　） ※離職票－2については 資格喪失確認通知書 離職証明書（事業主控・新規作成）を添付してください		
再交付理由			

上記のとおり再交付願います

令和　　年　　月　　日

公共職業安定所長 殿

所　在　地

事業主 名　　称

代表者氏名

※本申請には、個人情報保護の観点から、来所された方が事業主（当該事業所の従業員含む）であることが確認できる書類の提示が必要です。（社員証、名刺等）

※事業主又は労働保険事務組合に請求内容の確認をさせていただく場合があります。