

雇用保険被保険者番号統一届

被 保 険 者 番 号	— —
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日

被統一被保険者番号（過去に使用していた番号）を記入してください。

—	—
—	—
—	—

過去の被保険者番号がわからない場合は、今までの職歴について思い当たるものを全て記入してください。記入にあたり欄が不足する場合は、別の紙に書いて添付してください。様式は自由ですので、履歴書等のコピーでも構いません。

ハローワーク確認欄 (○は一致)	期 間	会社名（派遣の場合は派遣元を記入してください）
加入履歴との一致の有無	～	
	～	
	～	
	～	
	～	

上記のとおり申請しますので、雇用保険被保険者番号の統一処理をお願いします。

平成 年 月 日

_____ 公共職業安定所（出張所）長 殿

所在地

事業主 名 称

代表者

㊟

（事業主を通じて申請する場合は、事業主欄の記名押印・署名のみでも結構です。）

被保険者氏名

㊟

安定所使用欄

所長	次長	課長	係長	係	処理年月日