

雇用保険被保険者資格 取得 喪失 等届 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	⑥ 被 保 険 者 氏 名	フリガナ							
	⑦ 生 年 月 日	大・昭・平・令	年	月	日	大・昭・平・令	年	月	日
	⑧ 被 保 険 者 となった年月日	平・令	年	月	日	平・令	年	月	日
	⑨ 離 職 年 月 日	平・令	年	月	日	平・令	年	月	日
	⑩ そ の 他								

取消事項	⑪ 資格取得届	⑭ 訂正又は取消の理由
	⑫ 資格喪失届	
	⑬ 転勤届	

統一事項	⑮ 重複統一 被保険者証を二枚以上持っている場合に統合します。	—
------	------------------------------------	---

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

 - ※欄は記入しないでください。
 - 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したもの)の内容をそのまま記入してください。
 - ⑥～⑩及び⑮欄は、該当する欄のみを記入してください。ただし、訂正又は取消の場合には⑭欄に訂正又は取消の理由を記入してください。
 - 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