

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 | フリガナ | | |
| | ⑥ 被 保 険 者 氏 名 | | |
| | 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 ⑫ 資格喪失届 ⑬ 転勤届 | ⑭ 訂正又は取消の理由 |
|------|-----------------------------|-------------|

| | | |
|------|------------------------------------|--|
| 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 | 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. ⑥～⑬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。 4. 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 |
| | | | | | | |