

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 | 作成年月日・事務代理者の表示 | 氏 名 | 電 話 番 号 |
| | | | 社会保険労働者 記載欄 | ㊞ | |