

| |
|-------|
| ※ |
| データ送付 |
| 要・不要 |

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 となつた年月日 | 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 となつた年月日 | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 |
| ⑨ 離 職 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 | 昭・平 年 月 日 |
| ⑩ そ の 他 | | |
| 統 一 事 項 | ⑪ 重 複 統 一 [被保険者証を二枚場 以上持っている場合 に統合します。] | |
| 取 消 事 項 | ⑫ 資 格 取 得 届 ⑬ 資 格 喪 失 届 ⑭ 転 勤 届 ⑮ 区 分 変 更 届 | ⑯ 取 消 理 由 |

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。

平成 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、訂正又は取消などを行う確認通知書(各届書の提出時の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。
- ⑥～⑯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⑯欄に取消理由を記入してください。
- 代表者氏名について、記名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。
- 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 |
| | | | |

| |
|-----------|
| 受理(処理)年月日 |
| |