

※ 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 となった年月日	年 月 日

訂 正 事 項	誤 (旧)		正 (新)	
	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 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 ば 合 合 に 統 合 し ま す。]			
取 消 事 項	⑫ 資 格 取 得 届	⑯ 取 消 理 由		
	⑬ 資 格 喪 失 届			
	⑭ 転 勤 届			
	⑮ 区 分 変 更 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。

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
		㊦	

--