

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

取得届等確認通知年月日	H 年 月 日	フリガナ	
喪失		被保険者氏名	
被保険者番号		被保険者 となった年月日	年 月 日
-	-		
事業所番号			
-	-		

	誤 (旧)	正 (新)	
訂正事項	フリガナ		
	被保険者氏名		
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
	被保険者 となった年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	離職年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
その他			
統一事項	重複統一 被保険者証を二枚場 以上同時に統合し ます。	-	
取消事項	資格取得届	取消理由	
	資格喪失届		
	転勤届		
	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。
- ～ 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。
- ～ 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 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