

様式第4号 雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

※ 帳票種別
1 1 1 0 2 氏名変更届 3 資格喪失届

1. 被保険者番号 2. 事業所番号 3. 資格取得年月日

管轄区分 被保険者氏名 性別 生年月日(元号一年月日) 取得時被保険者種類

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

事業所名称略称 転勤の年月日

4. 退職年月日 5. 喪失原因 6. 退職金交付希望 7. 喪失時被保険者種類

元号 年 月 日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

8. 新氏名 フリガナ(カタカナ) 9. 補充採用予定の有無

10. 被保険者の住所又は居所 11. 被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日

12. 1週間の所定労働時間()時間()分 ※13. 資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間()時間()分

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

住 所 平成 年 月 日

事業主氏名 記名押印又は署名 印 公共職業安定所長 殿

電話番号

こちらの写しが必要です。

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)

確認(受領)通知年月日 雇用保険被保険者資格取得・転勤・氏名変更 届に基づき、下記のとおり確認(通知)します。

被保険者番号 事業所番号 管轄区分 資格取得年月日

被保険者氏名 性別 生年月日(元号一年月日) 取得時被保険者種類

事業所名称略称 転勤の年月日

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(被保険者通知用)

被保険者番号 確認(受領)通知年月日 資格取得年月日 取得時被保険者種類

被保険者氏名 生年月日(元号一年月日) 転勤の年月日

事業所名称略称

様式第7号 雇用保険被保険者証

被保険者番号 被保険者氏名 生年月日(元号一年月日)

2010. 2