

※  
データ送付  
要・不要

雇用保険被保険者資格取得等届 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

	誤 (旧)	正 (新)
訂正事項	フリガナ	
⑥被保険者氏名		
⑦生年月日		
⑧被保険者となった年月日		
⑨離職年月日	年 月 日	年 月 日
⑩その他		
統一事項	⑪重複統一 (被保険者証を二枚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転出届 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します。

平成 年 月 日

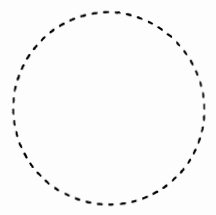
所在地  
事業主 名称  
代表者氏名

印 印

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
------	--

受理(処理)年月日



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は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。
- この願いには、被保険者証、確認通知書、様式第4号・様式第10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。

課長	係長	係