

雇用保険被保険者に係る訂正(取消)願

事業所番号	- - - - -	被保険者氏名	
被保険者番号	- - - - -	生年月日	年 月 日

訂正事項	誤 (旧)				正 (新)					
	フリガナ									
被保険者氏名										
性別	1 男		2 女		1 男		2 女			
生年月日	2 大		年	月	日	2 大		年	月	日
	3 昭					3 昭				
	4 平					4 平				
資格取得年月日	3 昭		年	月	日	3 昭		年	月	日
	4 平					4 平				
離職等年月日	3 昭		年	月	日	3 昭		年	月	日
	4 平					4 平				
被保険者区分	1 一般		7 短時間		1 一般		7 短時間			
事業所番号	- - - - -				- - - - -					
その他										
統一事項	重複統一	前の事業所での被保険者番号 ①				前の事業所での被保険者番号 ②				
	※ 被保険者番号を複数持っている場合に統合します	- - - - -				- - - - -				

誤って届出た理由

先に誤って届けましたので、上記のとおり訂正(取消)願います。

平成 年 月 日

住 所
名 称
事業主 代表者名
電話番号



公共職業安定所長 殿

注意事項	1. 訂正を希望される該当欄のみを記入してください。 2. この願には、被保険者証・各種届出確認通知書等を添付し、訂正(取消)の根拠が確認できる書類を持参してください。 <確認書類例> 労働者名簿、出勤簿・タイムカード、賃金台帳、雇用契約書、住民票・戸籍謄(抄)本 その他関係書類 3. 事業主の「住所」及び「名称・代表者名」欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を記載してください。 4. 事業主の「代表者名」欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。
------	--

安定所使用欄

次長	課長	係長	係