雇用保険被保険者に係る訂正届

該当者	事業所番号	- -
	被保険者番号	- -
	氏名（フリガナ）	（　　）
	資格取得（区分変更）年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

訂正事項		誤	正	
訂正事項を○で囲み、その項目のみを記入してください。	フリガナ			ヘッダー関係
	1　被保険者氏名			
	2　生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日	大正 昭和　　年　　月　　日	
	3　性　別	男　・　女	男　・　女	
	4　事業所番号			トレーラー関係
	5　資格取得年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	昭和・平成　　年　　月　　日	
	6　区分変更年月日	平成　　年　　月　　日	平成　　年　　月　　日	
	7　取得時被保険者種類	1一般　2短期常態　3季節 7短時間　8短時間(高)	1一般　2短期常態　3季節 7短時間　8短時間(高)	
	8　喪失時被保険者種類	1一般　2短期常態　3季節 7短時間　8短時間(高)	1一般　2短期常態　3季節 7短時間　8短時間(高)	
	9　離職等年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	昭和・平成　　年　　月　　日	
	10　区分変更日の前日	平成　　年　　月　　日	平成　　年　　月　　日	
	11　喪失原因	1　離職以外の理由 2　3以外の理由 3　事業主の都合による離職	1　離職以外の理由 2　3以外の理由 3　事業主の都合による離職	
	12　転勤年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	昭和・平成　　年　　月　　日	
理由				

平成　　年　　月　　日

上記事項について、誤って届出しましたので訂正をお願いします。

所　在　地

事業主　名称・氏名　　㊞

公共職業安定所長　殿