

雇用保険の被保険者となったこと（被保険者でなくなったこと）の確認請求（聴取）書

被 保 険 者 番 号	-	事 業 所 番 号	-
事 業 所 の 名 称		事 業 主 の 氏 名	
事 業 所 の 所 在 地			
事業所の雇用保険担当者	役職・係	氏 名	
事業所の電話番号	( )		
請 求 の 趣 旨			
請 求 の 理 由			
被保険者となったこと（被 保険者でなくなったこと） の事実及びその年月日	雇 入 日	平成	年 月 日
	離 職 日	平成	年 月 日
証 拠 の 有 無	証拠無・証拠有 { 給与支払明細書・雇用契約書（雇入通知書）・辞令・その他 }		
備 考			

上記のとおり被保険者となったこと（被保険者でなくなったこと）の確認を請求します。

平成 年 月 日

請 求 者 住 所  
氏 名 印  
電話番号 ( )  
生年月日 昭和 年 月 日

公共職業安定所長 殿

上記のとおり確認の請求を聴取した。

厚生労働事務官

平成 年 月 日 聴 取 者 官 職 氏 名 印

上記の聴取書を読み聞かせられたところ、私の陳述の趣旨と相違ない。

平成 年 月 日 請 求 者 氏 名 印

注 意

1. 請求者が被保険者となったことについて確認請求するときは、「(被保険者でなくなったこと)」の文字を抹消すること。
2. 「被保険者番号」欄には、既に被保険者証の交付を受けている場合のみ、その被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。
3. 「請求の趣旨」、「請求理由」及び「被保険者となったこと（被保険者でなくなったこと）の事実及びその年月日」の欄に記載しきれないときは、「別紙」と記載し、別紙に記載してこの請求書に添付すること。
4. 「証拠の有無」欄は、証拠のあるときは、「証拠有り」と記載し、別紙として添付すること。