

# 雇用保険被保険者に係る訂正（取消）届

被保険者番号	-
資格取得年月日	
事業所番号	-
フリガナ	
氏名	

訂正事項 (訂正項目のみ記入してください)

訂正項目	誤	正
取得年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
離職年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
被保険者氏名		
性別	男 ・ 女	男 ・ 女
生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
事業所番号	-	-
喪失原因	1      2      3	1      2      3
被保険者種類	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8
区分変更年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
転勤年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
その他		

取消事項 (取消事項のみ記入してください)

取消取得年月日	昭・平 年 月 日
取消喪失年月日	平成 年 月 日
取消転勤年月日	昭・平 年 月 日
その他	

訂正(取消)理由	<hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
----------	---

上記のとおり訂正(取消)をお願いいたします。

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

事業所所在地  
 事業所名  
 事業主氏名  
 電話番号

印

所長	課長	係長	係