

1

様式第4号 (第1面)

雇用保険被保険者 資格喪失届
氏名変更届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

よく折り返さないようにし、やむをえない場合には折り返しマークの所で折り返してください。

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。)

※ 帳票種別

1 4 1 0

2: 氏名変更届
3: 資格喪失届

1. 被保険者番号

2. 事業所番号

3. 資格取得年月日

01-107711-7

4-310401

4. 離職年月日 (元号 4 平成 5 令和)

5 - 2 - 3 3 1

5. 喪失原因

2 (1 離職以外の理由
2 3以外の離職
3 事業主の都合による離職)

6. 離職票交付希望

1 (1 有
2 無)

7. 1週間の所定労働時間

3 8 4 5

8. 補充採用予定の有無

(空白 無
1 有)

9. 新氏名

フリガナ (カタカナ)

10. 個人番号

※ 安定所記載欄
公共職業

11. 喪失時被保険者種類 (3 季節)

12. 国籍・地域コード (17欄に対応するコードを記入)

13. 在留資格コード (18欄に対応するコードを記入)

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
	男	3-330908	一般		18010	有期契約労働者
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間	3845		事業所名略称	福井県教育庁 学校振興課		
被保険者の住所又は居所	A					
被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日	任用期間満了による離職					

雇用保険法施行規則第7条第1項・第14条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所

記名押印又は署名

事業主 氏 名

印

電話番号

公共職業安定所長 殿

※

所長	次長	課長	係長	係	操作者	社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電話番号

2019. 5

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用) ○ ○ 小

確認 (受理) 通知年月日

雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認 (通知) します。

R010528



被保険者番号

事業所番号

管轄区分

資格取得年月日

被保険者氏名

性別

生年月日 (元号一年月日)

取得時被保険者種類

転勤の年月日

事業所名略称

福井県教育庁 学校振興課

1801-107711-7

0

H310401

1 (1 男
2 女)

3 330908 (2 大正 3 昭和
4 平成 5 令和)

1 (1 又は2
4 又は5
2 又は3
11 高年齢 (65歳以上))

2019. 5