

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。)

※ 帳票種別

1 2 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

4-270413

管轄区分 被保険者氏名

0

性別

2 (1男 2女)

生年月日(元号一年月日)

3 450317 (2大正 3昭和 4平成)

取得時被保険者種類

1 (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期)

事業所名略称

福井県教育庁学校教育政策課

転勤の年月日

パートタイム

4. 離職年月日

4 1 2 3 4

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. 喪失時被保険者種類

(3 季節)

9. 補充採用予定の有無

(空白 無 1 有)

8. 新氏名

フリガナ(カタカナ)

10. 被保険者の住所又は居所

11. 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

12. 1週間の所定労働時間 (125) 時間 () 分

※13. 資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間 () 時間 () 分

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。

住所

福井県教育庁学校振興課

平成 年 月 日

事業主氏名

福井市大手3丁目17-1

記名押印又は署名

電話番号

0776-20-0565

印

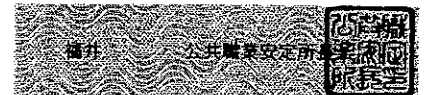
公共職業安定所長 殿

2015. 3

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (事業主通知用)

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。



被保険者番号

事業所番号

管轄区分

資格取得年月日

1801-107711-7

0

H270413

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

2 (1男 2女)

3 450317 (2大正 3昭和 4平成)

1 (1又は9 一般 4又は5 高年齢 2又は3 短期)

事業所名略称

福井県教育庁学校教育政策課

2015. 3