

雇用保険被保険者資格喪失届

標準
字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(必ず裏面の注意事項を読んでから記載して下さい。)

※帳票種別

10103 { 2 氏名変更届 3 資格喪失届

※修正項目番号

※①安定所番号

②被保険者番号

1405-120345-3

被保険者氏名

ヨコハマ ユミコ

事業所名略称

ヤマテショウジカブシキガイシャ

③事業所番号

1401-005431-2

性別

2 (1 男 2 女)

生年月日(元号一年月日)

3 341129

管轄区分

④被保険者となった年月日 (被保険者区分変更年月日)

平成 040501

取得時(変更後)被保険者種類・区分

1 又は9 一般 2 又は5 高年齢 3 又は3 短期 7 短時間 8 短時間(高年齢)

転勤の年月日

平成

⑤離職等年月日

平成 16 年 11 月 08 日

⑥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)

⑦離職票交付希望

2 (1 有 2 無)

※⑧喪失時⑨種類

(3 季節)

⑨新氏名

フリガナ(カタカナ)

※修正欄

⑩補充採用予定の有無

有 無

⑪被保険者の住所又は居所

横浜市中央海岸通 5-6

⑭被保険者確認欄

印

⑫被保険者でなくなったことの原因又は氏名変更年月日

転職希望

⑬1週間の所定労働時間 (40) 時間 () 分

※⑮資格取得日・区分変更日現在の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。

平成 16 年 11 月 18 日

住所 横浜市中央山手通 3

事業主 氏名 山手商事株式会社 代表取締役 山田 次郎 印 兼 公共職業安定所長 殿

電話番号 045-201-2222

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

※

備考

所長

次長

課長

係長

係

操作者

確認通知

平成 年 月 日

(この用紙は、上記の届出に使用しますので大切に保管して下さい。)

911単 11.7 E

（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下さい。）

⑭「事業主」欄は記名押印又は自筆の署名で記載してください。
⑮欄は押印又は自筆による署名をしてください。

⑦離職票交付希望

被保険者でなくなった者が離職票を希望する場合、また、妊娠、出産、育児、疾病、負傷等の理由により、一定期間経過後求職申し込みをおこない、失業給付を受けようとする場合は[1]を記載してください。

⑬1週間の所定労働時間
離職年月日現在の労働
時間を記載してくださ
い。