

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	{ 0 氏名変更届 1 資格喪失届
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1. 被保険者番号

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. 事業所番号

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. 資格取得年月日

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
元号	年	月	日				

(3 昭和
4 平成)

4. 離職等年月日

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
元号	年	月	日				

5. 喪失原因

<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/>	(1 有) (2 無)
--------------------------	----------------

※7. 喪失時被保険者種類

<input type="checkbox"/>	(3 季節)
--------------------------	--------

8. 新氏名

<input type="text"/>

フリガナ (カタカナ)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. 補充採用
予定の有無

<input type="checkbox"/>	(空白 無) (1 有)
--------------------------	-----------------

(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。)

10. (フリガナ) 被保険者氏名			11. 性別 男・女	12. 生年月日 (大正昭和平成) 年 月 日
13. 被保険者の住所又は居所				
14. 事業所名称			15. 氏名変更年月日 平成 年 月 日	
16. 被保険者でなくなったことの原因				

17. 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 年 月 日

住所

事業主氏名

記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

電話番号

備考	国籍	在留資格
	在留期間 西暦 年 月 日 まで	
	<input type="checkbox"/> 派遣・請負労働者として主として14以外の事業所で就労していた場合	
安定所備考欄		

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
		印	

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者
---	----	----	----	----	---	-----

確認通知年月日
平成 年 月 日

注 意

- 1 で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は、汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
 - 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
 - 3 記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→、パ→）、また、「」、「」及び「」は使用せず、それぞれ「イ」、「エ」及び「オ」を使用すること。
 - 4 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。
 - 5 事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
 - 6 **雇用保険被保険者資格喪失届として使用する場合の注意**
 - (1) 標題中「氏名変更届」の文字並びに第1面下方の「第14条第1項」の文字を抹消すること。
 - (2) 4欄は、被保険者でなくなったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。なお、年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。（例：平成19年3月1日→）
 - (3) 5欄には、次の区分に従い、該当するものの番号を記載すること。

イ 死亡、在籍出向、出向元への復帰、取締役への就任、週所定労働時間が20時間未満となった場合、その他離職以外の理由…1	}	………2
ロ 天災その他やむを得ない理由によって事業の継続が不可能になったことによる解雇		
ハ 被保険者の責めに帰すべき重大な理由による解雇		
ニ 契約期間の満了		
ホ 任意退職（事業主の勧奨等によるものを除く。）		
ヘ ロからホまで以外の事業主の都合によらない離職（定年等）		
ト 移籍出向（ただし、退職金又はこれに準じた一時金の支給が行われたもの以外の出向は「1」）		
 - チ 事業主の都合による解雇、事業主の勧奨等による任意退職等……………3
 - (4) 6欄には、被保険者でなくなった者が離職票の交付を希望するときは「1」を、希望しない場合は「2」を記載すること。
なお、被保険者でなくなった者が離職時においては妊娠、出産、育児、疾病、負傷、親族の看護等の理由により一定期間職業に就くことができない場合及び60歳以上の定年等による離職後一定の期間求職の申込みをしないことを希望する場合であって、その後に失業給付を受けようとするときは、「1」を記載すること。また、離職の日において59歳以上の者については、「1」を記載すること。
また、船員として高齢求職者給付金を受給した者が65歳以降に離職した場合には「2」を記載すること。
 - (5) 8及び15欄は空欄とすること。
 - (6) 9欄には、この届に係る者の離職等に伴い、これを補充するため、この届書を提出する際に公共職業安定所の紹介その他の方法による労働者の採用を予定している場合は「1」を記載し、予定していない場合は空欄とすること。
 - (7) 13欄には、離職後の住所又は居所が明らかであるときは、その住所又は居所を記載し、その住所又は居所が明らかでないときは、離職時の住所又は居所を記載すること。
 - (8) 17欄には、この届に係る者の4欄に記載した年月日現在の1週間の所定労働時間を記載すること。
 - (9) 離職票の交付を必要としない場合に限り、本手続は電子申請による届出も可能であること。
- 7 **雇用保険被保険者氏名変更届として使用する場合の注意**
 - (1) 標題中「資格喪失届」の文字並びに第1面下方の「第7条第1項」の文字を抹消すること。
 - (2) 1, 8, 10, 11, 12及び15欄に記載すること。なお、8のフリガナ欄はカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。また、10欄には、変更前の氏名を記載すること。
 - (3) 本手続は電子申請による届出も可能であること。
- 8 **外国人労働者に係る留意事項**

外国人労働者（「外交」又は「公用」の在留資格者及び特別永住者を除く。）の場合は、備考欄に、国籍、在留資格、在留期間等を記載し、雇用対策法第28条の外国人雇用状況の届出とすることができる。

なお、派遣・請負労働者として、主として14欄以外の事業所において就労していた者については、にチェックすること。

お願い
資格喪失届として使用する場合、雇用保険の被保険者でなくなった事実のあった日の翌日より10日以内に提出してください。