

# 雇用保険関係 統一様式集

平成 25 年 9 月  
福井労働局職業安定課

## 【 適用 関係 様式 目次 】

様式番号	様 式 名	頁
統一様式 1	雇用保険新規適用事業所調査書	1
統一様式 2	雇用保険関係データ交付申請書	2
統一様式 3	事業所非該当承認申請にかかる調査書	3
統一様式 4	同一事業主承認申請書	4
統一様式 5	【 同居の親族 】雇用実態証明書	5
統一様式 6	雇用関係（役員等）確認届	6
統一様式 7	在宅勤務者の雇用実態証明書	7
統一様式 8	遡及確認願（被保険者資格取得）	8
統一様式 9	遡及確認願（被保険者資格喪失）	9
統一様式 10	雇用保険被保険者に係る再交付申請書	10
統一様式 11	雇用保険資格喪失確認通知書再交付申請書	11
統一様式 12	雇用保険の <small>被保険者となったこと</small> <small>被保険者でなくなったこと</small> の確認請求書	12
統一様式 13	雇用保険離職票再交付申請書	13
統一様式 14	雇用保険被保険者に係る訂正・取消届	14
統一様式 15	高年齢雇用継続給付支給申請書 育児休業基本給付金支給申請書 再交付願	15
統一様式 16	離職理由訂正願	16
統一様式 17	雇用保険被保険者番号の統一届	17
統一様式 18	雇用保険被保険者総合照会交付申請書	18

## 雇用保険新規適用事業所調査書

調査年月日 年 月 日

①事業所名			
②所在地			
③事業主名		④事業開始年月日	
⑤事業の種類	雇用労働者数	常用 臨時 其他 人 人 人	
	被保険者数	一般 人、特例 人	
	賃金支払状況		
⑥他の社会保険加入状況	労災 ・ 健保 ・ 年金(厚生・国民) ・ その他		

⑦事業経営の概要及び今後の見込 (主な取引先、現在までの事業量、今後の受注見込み従業員の採用計画などの確認)
<p style="text-align: right;">事業状況確認のための添付資料(一例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 登記事項証明書</li> <li>・ 事業許可証</li> <li>・ 工事契約書、不動産契約書</li> <li>・ 取引先等からの納品書、請求書、領収書</li> <li>・ 原料買い付け伝票、税務関係書類等</li> <li>・ 公共料金の請求書</li> <li>・ 賃貸契約書</li> <li>・ 事業主の世帯全員の住民票</li> </ul>

⑧施設、設備機械、器具等

⑨関係帳簿等整備の確認 ・ 賃金台帳      ・ 労働者名簿      ・ 出勤簿		
⑩所見 上記により確認の結果 <b>イ、妥当と認められる</b> <b>ロ、妥当と認められない</b>		
担当者	新規適用年月日	年 月 日

所長	次長	課長	係長	係

# 雇用保険関係データ交付申請書

公共職業安定所長 殿

事業所番号	
事業所名	
交付を希望する雇用保険関係データ 「希望の箇所に○をしてください」	雇用保険適用事業所設置届事業主控
	雇用保険適用事業所台帳ヘッダー1
	雇用保険適用事業所台帳ヘッダー2
	事業所別被保険者台帳 ( 現在取得中の者 ・ 全被保険者 ) <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> ○ 被保険者番号順                      ○ 氏名の五十音順 ○ 取得日（転入）順                      ○ 離職日順 ○ 生年月日順
平成      年      月      日  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">所在地</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">事業所名</div> 申請事業主・事務組合      事業主氏名      ⑩ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</div>	

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出行・事務代理者の表示	氏名	電話番号

※ハローワーク処理欄

交付日		課長	係長	担当者

## 事業所非該当承認申請にかかる調査書

施設名			所在地		
他の施設	県内	カ所		既承認施設数	カ所
				申請中施設数	カ所
	県外	カ所		既承認施設数	カ所
				申請中施設数	カ所
業務の内容					
人事組織	施設の構成人員 管理職 人、 営業職 人、 事務職 人、 その他 人				
人事権	1. 本社にある		2. 施設で選考し本社で採用		
	3. 施設で採用		4. その他 ( )		
指揮監督権	1. 本社にある		2. 施設に任されている		
	3. 一部施設に任されている		4. その他 ( )		
経理関係	賃金計算	1. 本社で計算		2. 施設で計算	
		3. その他 ( )			
	賃金支払	1. 本社より振込		2. 施設へ送金	
		3. その他 ( )			
	その他の経理	1. している		2. していない( )	
他の社会保険等の取扱い	労災保険	1. 適用している		2. 適用していない	
		3. 本社で一括適用		4. その他( )	
	健康保険	1. 適用している		2. 適用していない	
	厚生年金	3. 本社で一括適用		4. その他( )	
施設としての継続性	無期 ・ 有期 (自 . . . ~至 . . . )				
労働関係帳簿等の取扱い	賃金台帳	1. 本社に備付 (正本、副本)			
		2. 支社、出張所に備付 (正本、副本)			
		3. 当該施設に備付 (正本、副本)			
	出勤簿及び業務資料	1. 本社に備付 (正本、副本)			
		2. 支社、出張所に備付 (正本、副本)			
		3. 当該施設に備付 (正本、副本)			
申請人 (役職・氏名)					
備考					
調査年月日	平成 年 月 日	記入者	㊟		

同一事業主承認申請書

申請年月日	平成 年 月 日
1. 同一事業主の取扱いを受けようとする事業所	イ. 旧事業所番号 名称 所在地
	ロ. 新事業所番号 名称 所在地
2. 変更年月日	平成 年 月 日
3. 変更内容 (該当事項を○で囲んでください。)	・会社等の合併                      ・事業分割                      ・営業譲渡 ・営業の賃貸借                      ・その他 (                      )
4. 同一事業主であることを証明する資料 (該当事項を○で囲んでください。)	・総会議事録                      ・法人登録簿                      ・関係契約書 ・その他 (                      )

上記のとおり、同一事業主として承認されたく申請します。

公共職業安定所長 殿

所在地

旧事業所名

事業主氏名

印

所在地

新事業所名

事業主氏名

印

伺) 上記申請について、調査の結果、次のとおり決定してよろしいか。

1. 承認する	・	承認しない
理由		
2. 処理方法 (                      )		

起案	.	.	所		次		課		係		係	
決裁	.	.	長		長		長		長			

## [同居の親族] 雇用実態証明書

氏名	フリガナ ( 歳 )	性別	代表者との続柄		
職名	雇用保険被保険者番号				
服 務 状 況  (該当する項目を○で囲み 詳細を記入してください)	1. 就業規則等の適用の有無 a 適用なし    b 全条項適用    c 一部条項適用 ・適用条項 ・適用除外条項				
	2. 有給休暇                      無 ・ 有 ( 年間                      日付与 )				
	3. 出勤義務 a 常用                                      b 非常勤 (出勤指定日 ) c 出勤日における勤務拘束時間                      時 分 ~ 時 分まで ( 時間 分)				
	4. 従業員として従事する労務・職務の内容 (具体的に記入してください)				
給 与 等  (賃金形態、金額 会計上の支出区分)	1. 賃金形態	月給 ・ 日給 ・ 日給月給 ・ 時間給 ・ その他 ( )			
	2. 賃金額	*労務賃金                                      円		*役員報酬                                      円	
	3. 諸手当	残業手当 ・ 休日手当 ・ 交通費 ・ 歩合給 ・ その他 ( )			
	4. 欠勤控除	無 ・ 有                      欠勤控除の計算方法 ( )			
	5. 賞与	無 ・ 有 (年 回)	6. 昇給	無 ・ 有 (年 回)	
	7. 賃金締切等	毎月 日締 当月 ・ 翌月 日支払	8. 退職金制度の適用	無 ・ 有	
	そ の 他	1. 常用雇用労働者数	人	2. 労働者のうち親族以外の者	人
3. 他の社会保険適用状況		労災保険・健康保険・厚生年金・その他 ( )			
4. 諸帳簿への登録整備等		労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・身分証明書等の交付			
5. 教育制度、福利厚生等の適用		無 ・ 有 (具体的内容 )			

上記の者は同居の親族であるが、当該事業所において従業員としての身分を有し、服務態様等は、記載のとおり相違ありません。

なお、就労実態に変更があり雇用保険被保険者資格を喪失する場合は、速やかに公共職業安定所長に届け出ます。

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

所在地  
証明事業主 事業所名  
事業主氏名

㊦

※ハローワーク処理欄

雇用保険適用 事業所番号	常用労働者数 人	事業内容	産業 分類			
安 定 所 載 欄	《確認資料》 ・就業規則 ・給与規定 ・賃金台帳 ・出勤簿 ・労働者名簿 ・源泉徴収簿 ・税務関係書類 ・その他 ( )	所長	次長	課長	係長	係

## 雇用関係（役員等）確認届

公共職業安定所長 殿

所在地 事業所名 事業主名	㊦	届出日	年	月	日
		事業所番号	—	—	—
		電話番号			

下記の者は、役員であるとともに従業員としての身分を有し、服務形態等は記載のとおり相違ありませんので、届け出ます。なお、この条件に変更のあったときは、速やかに届け出ます。

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成			役員就任年月日		
			年	月	日	年	月	日
役員の名称	役員担当業務の内容						業務執行権	
従業員としての職名	従事する業務の内容						有・無	
勤務状態	a. 常勤	勤務拘束時間 〈 時 分～ 時 分まで（うち休憩 分）〉						
		休日 〈 曜日〉、一週間の所定労働時間 〈 時間 分〉						
	b. 非常勤	出勤指定日 〈 〉						
就業規則の適用	a. 全条項適用	b. 一部条項適用（適用除外部分 〈 〉）					c. 適用なし	
給与の状態	a. 労務賃金		支払日	毎月	日払	備考		
	月額		円		経理上の支出区分			
	b. 役員報酬		支払日	毎月	日払	備考		
	年額		円		経理上の支出区分			
その他の状態	他の社会保険の適用状態		労災保険 ・ 厚生年金 ・ 健康保険					
	諸帳簿の備付け状態		労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・その他（ ）					
添付書類	登記簿謄本・定款・法人決算書・人事組織図・就業規則・給与規定・役員報酬規定・賃金台帳 出勤簿・労働者名簿・役員会、総会等議事録・元帳、伝票等支出区分の記入された書類							

## 【 注意事項 】

- ① 本確認届は、2部提出してください。
- ② 雇用保険料の算出及び雇用保険被保険者離職証明書に記載する賃金は、従業員の身分(雇用関係)に対し支払われる賃金のみが対象となりますので、役員報酬(委任関係)とを賃金台帳において明確に区分しておいてください。
- ③ 役員兼務者を雇用保険上の被保険者とするか否かの判断にあたっては、雇用関係(従業員)に基づく労働の対償として支払われる賃金と委任関係(役員)に基づき支払われる役員報酬の支払比率(割合)等の面からみて労働者の性格の強い者に限り被保険者としているので、身分変更を始め、賃金と役員報酬の支払比率に変動が生じた場合は喪失届を提出してください。
- ④ 当該役員兼務者が被保険者でなくなった場合には、「雇用保険被保険者資格喪失届」を提出する際本届を持参してください。

## ※ ハローワーク処理欄

被保険者とすべき要件	あり ・ なし	被保険者番号				備考			
	所長		次長		課長		係長		係



# 在宅勤務者の雇用実態証明書

公共職業安定所長 殿

所在地 事業所名 事業主名	㊦	届出日	年 月 日
		事業所番号	— —
		電話番号	

下記の者に係る記載について、相違ないことを証明します。

なお、下記の内容に変更が生じた場合には、再提出若しくは資格喪失する等速やかに届け出ます。

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成		被保険者番号	
			年 月 日	— —		
住所又は居所		雇用年月日	昭和・平成 年 月 日			
業務の内容						
指揮監督をする事業所	名称					
	所在地					
	電話番号					
	指揮監督方法					
服務態様	①就業規則等の適用	a. 全条項適用あり      b. 適用なし      c. 一部条項適用 d. 在宅勤務者に関する規則等を適用する				
	c・dの場合、就業規則で除外又は相違する部分	内容				
		理由				
	②所定労働時間	時 分～ 時 分まで、週の所定労働時間( 時間 分)				
	③休日及び休暇					
	④所属事業所への出勤の有無	有 (指定日又は1週間あたりの回数 ) ・ 無				
⑤兼業禁止規定の有無	有 ・ 無	⑥勤務管理の方法				
給与等	①賃金形態	月給・日給・時間給・年俸・その他( )			②賞与	有 ・ 無
業務遂行上の負担	①原材料・備品等の購入	本人負担 ・ 事業主負担 ( 負担を定めた規定 有 ・ 無 )				
	②保守整備・通信費の負担	本人負担 ・ 事業主負担 ( 負担を定めた規定 有 ・ 無 )				
その他	①本人に関する適用状況	労災保険・健康保険・厚生年金・その他( )				
	②本人に関する備付け諸帳簿等	労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・雇用契約書・その他( )				
	③特記事項					
添付書類	労働者名簿・賃金台帳・出勤簿・雇用契約書・就業規則・賃金規定・在宅勤務者規則等・その他( )					

※ ハローワーク処理欄

被保険者とすべき要件	あり・なし	確認事項							
	所長		次長		課長		係長		係

## 遡 及 確 認 願 (被保険者資格取得)

被保険者氏名	雇用年月日	雇用保険料の 控除開始年月日	添付書類	※遡及年月日
			出勤簿 ・ 労働者名簿 賃金台帳 ・ 労働保険申告書	
			出勤簿 ・ 労働者名簿 賃金台帳 ・ 労働保険申告書	
			出勤簿 ・ 労働者名簿 賃金台帳 ・ 労働保険申告書	
			出勤簿 ・ 労働者名簿 賃金台帳 ・ 労働保険申告書	
			出勤簿 ・ 労働者名簿 賃金台帳 ・ 労働保険申告書	
届出遅延の理由			※備 考  ( 算定基礎調査依頼 要 ・ 不要 )	

雇用保険被保険者の資格取得について、上記の者の届出が遅延していました。  
 今後は、かかることのないよう取扱い事務に十分留意いたしますので、当該被保険者の  
 資格取得の遡及について確認願います。

平成      年      月      日

公共職業安定所長 殿

所 在 地  
 申請事業主・事務組合 事 業 所 名  
 事業主氏名



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

※ハローワーク処理欄

所長	次長	課 長	係 長	担当者

## 遡 及 確 認 願 (被保険者資格喪失)

被保険者氏名	離職年月日	雇用保険料の 控除最終年月	添付書類	備 考
			出勤簿 ・ 賃金台帳 労働者名簿	
			出勤簿 ・ 賃金台帳 労働者名簿	
			出勤簿 ・ 賃金台帳 労働者名簿	
			出勤簿 ・ 賃金台帳 労働者名簿	
			出勤簿 ・ 賃金台帳 労働者名簿	
届出遅延の理由		※備 考  ( 算定基礎調査依頼 要 ・ 不要 )		

雇用保険被保険者の資格喪失について、上記の者の届出が遅延していました。  
 今後は、かかることのないよう取扱い事務に十分留意いたしますので、当該被保険者の  
 資格喪失の遡及について確認願います。

平成      年      月      日

公共職業安定所長 殿

所 在 地  
 申請事業主・事務組合 事業所名  
 事業主氏名



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

※ハローワーク処理欄

所長	次長	課 長	係 長	担当者

# 雇用保険被保険者に係る再交付申請書

公共職業安定所長 殿

事業所番号		
被保険者番号		
被保険者氏名		フリガナ
資格取得年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日
離職年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日
再交付の理由		
(希望の箇所) ○をして下さい	交付希望通知書	被保険者証、資格取得等確認通知書 資格喪失(氏名変更)届
		転勤届受理通知書
		資格喪失確認通知書
平成 年 月 日		
申請事業主・事務組合		所在地 事業所名 事業主氏名 電話番号

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出者・事務代理者の表示	氏名	電話番号

※ハローワーク処理欄

再交付年月日		課長	係長	担当者

## 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書再交付申請書

公共職業安定所長 殿

被保険者氏名	フリガナ
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日
被保険者番号	
事業所名	
事業所所在地	
資格取得年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
離職年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
再交付の理由	
<p>上記のとおり雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地 申請者氏名 ㊟</p>	

※ハローワーク処理欄

再 交 付 年 月 日		課 長	係 長	担当者

雇用保険の・被保険者となったこと  
 ・被保険者でなくなったこと の確認請求書

公共職業安定所長 殿

被保険者番号			
※事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
請求の趣旨			
請求の理由			
被保険者となったこと (被保険者でなくなったこと)の事実及びその年月日	就職年月日		離職年月日
	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
証拠の有無			
※備考			
上記のとおり被保険者になったこと(被保険者でなくなったこと)の確認を請求します。  平成 年 月 日  氏 名 (昭和・平成 年 月 日生) (印) 請求者 住 所 電話番号			

【 注 意 】

1. 請求者が被保険者となったことについて確認請求をするときは、「被保険者でなくなったこと」の文字を抹消すること
2. 「被保険者番号」欄には、既に被保険者証の交付を受けている場合のみ、その被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。
3. 「請求の趣旨」、「請求の理由」及び「被保険者となったこと(被保険者でなくなったこと)の事実及びその年月日」の欄に記載しきれないときは、「別紙」と記載し、別紙に記載してこの請求書に添付すること
4. 「証拠の有無」欄は、証拠のあるときは「証拠有」と記載し、別紙として添付すること。

※ハローワーク処理欄

本人確認書類	次 長	課 長	係 長	担当者
運転免許証、住民基本台帳カード、パスポート、 健康保険証、その他 ( ) 在留カード、				

# 雇用保険離職票再交付申請書

公共職業安定所長 殿

申請者	氏名	フリガナ	性別
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	住所		
	被保険者番号		
事業所職	事業所名		
	所在地		
交付希望書類	・離職票－1      ・離職票－2      ・離職票－1.2		
離職年月日	昭和・平成	年 月 日	
再交付の理由			
<p>上記により、雇用保険被保険者離職票の再交付を申請します。                  なお、再交付後滅失した離職票が出てきた場合には、すみやかに返却します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者                  本人または事業主</p>			

※ハローワーク処理欄

被保険者番号	再交付年月日	交付番号	備考			
本人確認書類	運転免許証、住民基本台帳カード	所長	次長	課長	係長	係
	パスポート、在留カード、健康保険証 その他 ( )					

## 雇用保険被保険者に係る訂正・取消届

被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 番 号	—	—	
事 業 所 番 号	—	—	
訂 正 項 目 の み 記 入 し て く だ さ い	訂 正 事 項	誤	正
	フリガナ		
	被 保 険 者 氏 名		
	性 別	男 ・ 女	男 ・ 女
	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	資 格 取 得 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	離 職 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	取 得 時 被 保 険 者 種 類	1. 一般 2. 短期 3. 短時間	1. 一般 2. 短期 3. 短時間
	喪 失 時 被 保 険 者 種 類	1. 一般 2. 短期 3. 短時間	1. 一般 2. 短期 3. 短時間
	喪 失 原 因	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	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
	転 勤 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	そ の 他 の 事 項		
訂 正 理 由			
添 付 書 類	出勤簿、賃金台帳、労働者名簿、雇入通知書 ※今回訂正が必要な交付済の帳票(資格喪失届、離職票等)も添付して下さい		
<p>届出た内容に誤りがありましたので、上記のとおり訂正願います。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">公共職業安定所長 殿</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">申請事業主・事務組合 名 称</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>			

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務管理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		㊟	

※	訂正処理日	本人確認書類		課 長	係 長	担 当 者
		運転免許証、住民基本台帳カード パスポート、在留カード、健康保険証 その他 ( )				



- 高年齢雇用継続給付支給申請書  
育児休業給付金支給申請書

## 再 交 付 願

被保険者氏名				
被保険者番号	—		—	
事業所名				
事業所番号	—		—	
	Ⓐ 高年齢雇用継続給付支給申請書		Ⓑ 育児休業給付金支給申請書	
支給対象月 又は 支給対象期間	平成	年	月	日～
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
申請月 又は 申請期間	平成	年	月	日～
	平成	年	月	日
再交付の理由				

上記のとおり再交付を願います。

平成 年 月 日

公共職業安定所長 殿

所在地

事業所名

事業主氏名



※ 申請者本人が再交付申請される場合は、事業所名・事業主氏名欄に住所及び氏名を記入して下さい。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務管理者の表示	氏名	電話番号
		Ⓔ	

※ハローワーク処理欄

再交付日		課長	係長	担当者

離職理由訂正願

平成 年 月 日に提出しました下記の者に係る「雇用保険被  
保険者資格喪失届」及び「雇用保険被保険者離職証明書」について、  
その離職理由を

として提出しましたが、下記理由による提出誤りで事實は、

です。今後は二度とこのような誤りのないよう十分注意しますので、  
訂正方よろしくお願いいたします。

記

\*被保険者氏名

\*被保険者番号

\*事業所番号

\*訂正理由

公共職業安定所長 殿

平成 年 月 日

所在地

申請事業主・事務組合

事業所名

事業主氏名

㊞

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務管理者の表示	氏名	電話番号
		㊞	

※ハローワーク  
処理欄

処理日	次長	課長	係長	担当者

## 雇用保険被保険者番号の統一願

フリガナ												
被保険者氏名												
新しい被保険者証の被保険者番号から順次記入してください	1	被保険者番号	—				—					
		取得年月日	年	月	日	離職年月日	年	月	日			
		事業所名										
	2	被保険者番号	—				—					
		取得年月日	年	月	日	離職年月日	年	月	日			
		事業所名										
	3	被保険者番号	—				—					
		取得年月日	年	月	日	離職年月日	年	月	日			
		事業所名										
	4	被保険者番号	—				—					
		取得年月日	年	月	日	離職年月日	年	月	日			
		事業所名										
	5	被保険者番号	—				—					
		取得年月日	年	月	日	離職年月日	年	月	日			
		事業所名										
平成 年 月 日												
上記被保険者に係る複数ある被保険者番号の統一をお願いいたします。												
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>申請事業主・事務組合 又は、被保険者本人</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>所在地 事業所名 事業主氏名</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>印</p> </div> </div>												
公共職業安定所長 殿												

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出日・事務代理者の表示	氏名	電話番号

※ハローワーク処理欄

処 理 日	次 長	課 長	係 長	担 当 者

## 雇用保険被保険者総合照会申請書

公共職業安定所長 殿

被保険者氏名	フリガナ
生年月日	昭和・平成 年 月 日
被保険者番号	

※新しい職歴から順にご記入ください

勤務年月日	事業所名
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
照会の理由	
<p style="text-align: center;">上記のとおり雇用保険被保険者総合照会を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>	

※ハローワーク処理欄

本人確認書類	運転免許証、住民基本台帳カード パスポート、在留カード、健康保険証 その他 ( )			
通知年月日		課長	係長	担当者