雇用保険事業主事業所各種変更届

（必ず第２面の注意事項を読んでから記載してください。）

※　事業所番号 □

帳票種別 13003

※1.変更区分 □

2.変更年月日 □ー□□□□□□（4 平成　5 令和）
元号　年　月　日

3.事業所番号 □□□□ー□□□□□□ー□

4.設置年月日 □ー□□□□□□（3 昭和　4 平成　5 令和）
元号　年　月　日

●下記の5～11欄については、変更がある事項のみ記載してください。

5.法人番号（個人事業の場合は記入不要です。）
□□□□□□□□□□□□□

6.事業所の名称（カタカナ）
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業所の名称〔続き（カタカナ）〕
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

7.事業所の名称（漢字）
□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業所の名称〔続き（漢字）〕
□□□□□□□□□□□□□□□□□

8.郵便番号
□□□ー□□□□

10.事業所の電話番号（項目ごとにそれぞれ左詰めで記入してください。）
□□□□□ー□□□□□ー□□□□□
市外局番　市内局番　番号

9.事業所の所在地（漢字）　市・区・郡及び町村名
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業所の所在地（漢字）　丁目・番地
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

事業所の所在地（漢字）　ビル、マンション名等
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

11.労働保険番号
□□□□□□□□□□□□□□
府県　所掌　管轄　基幹番号　枝番号

※公共職業安定所記載欄
12.設置区分 □（1 当然　2 任意）
13.事業所区分 □（1 個別　2 委託）
14.産業分類 □□

変更事項	15.事業主	（フリガナ） 住所（法人のときは主たる事務所の所在地）		18.変更前の事業所の名称	（フリガナ）		
		（フリガナ） 名称		19.変更前の事業所の所在地	（フリガナ）		
		（フリガナ） 氏名（法人のときは代表者の氏名）		20.事業の開始年月日	年　月　日	24.社会保険加入状況	健康保険 厚生年金保険 労災保険
16. 変更後の事業の概要				※事業の 21.廃止年月日	令和　年　月　日	25.雇用保険被保険者数	一般　人
				22.常時使用労働者数	人		日雇　人
17. 変更の理由				23.雇用保険担当課名	課 係	26.賃金支払関係	賃金締切日　日
							賃金支払日　当・翌月　日

備考		※	所長		次長		課長		係長		係		操作者

（この届出は、変更のあった日の翌日から起算して10日以内に提出してください。）

2019. 5

（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。）

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）で直接読取を行いますので、この用紙を汚したり、必要以上に折り曲げたりしないでください。
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、※印のついた欄又は記入枠には記載しないでください。
3　記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめの文字によって明瞭に記載してください。
4　2欄の記載は、元号をコード番号で記載した上で、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桁で記載してください。（例：平成15年４月１日→4-150401 ）
5　3欄の記載は、公共職業安定所から通知された事業所番号が連続した10桁の構成である場合は、最初の４桁を最初の４つの枠内に、残りの６桁を「-」に続く６つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠としてください。
（例：1301000001の場合→1301-000001-□ ）
6　4欄には、雇用保険の適用事業となるに至った年月日を記載してください。記載方法は、2欄の場合と同様に行ってください。
7　5欄には、平成27年10月以降、国税庁長官から本社等へ通知された法人番号を記載してください。
8　6欄には、数字は使用せず、カタカナ及び「-」のみで記載してください。
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→カ゛、パ→ハ゜）、また、「ヰ」及び「ヱ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用してください。
9　7欄及び9欄には、漢字、カタカナ、平仮名及び英数字（英字については大文字体とする。）により明瞭に記載してください。
小さい文字を記載する場合には、記入枠の下半分に記載してください。（例：ァ→ァ ）
また、濁点及び半濁点は、前の文字に含めて記載してください。（例：が→が、ぱ→ぱ　）
10　9欄１行目には、都道府県名は記載せず、特別区名、市名又は郡名とそれに続く町村名を左詰めで記載してください。
9欄２行目には、丁目及び番地のみを左詰めで記載してください。
また、所在地にビル名又はマンション名等が入る場合は9欄３行目に左詰めで記載してください。
11　10欄には、事業所の電話番号を記載してください。この場合、項目ごとにそれぞれ左詰めで、市内局番及び番号は「-」に続く５つの枠内にそれぞれ左詰めで記載してください。（例：03-3456-XXXX→03□□□-3456□-XXXX□）
12　27欄は、事業所印と事業主印又は代理人印を押印してください。
13　28欄は、最寄りの駅又はバス停から事業所への道順略図を記載してください。

お願い
1　変更のあった日の翌日から起算して10日以内に提出してください。
2　営業許可証、登記事項証明書その他の記載内容を確認することができる書類を持参してください。

27.	事業所印影	事業主（代理人）印影	改印欄（事業所・事業主）	改印欄（事業所・事業主）	改印欄（事業所・事業主）
登録印			改印年月日　令和　年　月　日	改印年月日　令和　年　月　日	改印年月日　令和　年　月　日

28.最寄りの駅又はバス停から事業所への道順

労働保険事務組合記載欄

所在地 福井市日之出３丁目１４番４号

名　称 労働保険事務組合
福井県ＳＲ経営労務センター

代表者氏名 会長　徳橋　利子　印

委託開始　年　月　日

委託解除　年　月　日

上記のとおり届出事項に変更があったので届けます。

令和　年　月　日

公共職業安定所長　殿

事業主
住　所
名　称
氏　名

記名押印又は署名
印

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	

※本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは管轄の公共職業安定所までお問い合わせください。
　なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。