

## 雇用保険被保険者資格喪失届

標準  
字体

0123456789

（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

15103

1. 被保険者番号

2. 事業所番号

3. 資格取得年月日

4. 離職年月日（元号 4 平成 5 令和）

元号 年 月 日

5. 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

6. 離職票交付希望

1 有  
2 無

7. 1週間の所定労働時間

時間 分

8. 補充採用予定の有無

空白 無  
1 有

9. 新氏名

フリガナ（カタカナ）

10. 個人番号

安定所記  
公共職業11. 喪失時被保険者種類  
3 季節12. 国籍・地域コード  
18欄に対応  
するコード  
を記入13. 在留資格コード  
19欄に対応  
するコード  
を記入

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種類	転勤年月日	管轄安定所番号	雇用形態
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間			事業所名略称			
被保険者の住所又は居所						
被保険者でなくなったことの原因及び被保険者に氏名変更があった場合は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所

事業主 氏 名

電話 番号

公共職業安定所長 殿

所長	次長	課長	係長	係	操作者

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

2025. 1

----- 届出の際は必ず切り取ってお持ちください。 -----

## 雇用保険被保険者氏名変更届受理通知書（事業主通知用）

確認（受理）通知年月日

雇用保険被保険者氏名変更届に基づき、下記のとおり確認（通知）します。

飯田橋

公共職業安定所長



R070404

被保険者番号

5102-078499-7

事業所番号

1301-623850-0

管轄区分

0

資格取得年月日

R040201

被保険者氏名

マスト カ

性別

2 (1 男  
2 女)

生年月日(元号・年月日)

4 080411 (2 大正 3 昭和  
4 平成 5 令和)

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  
11 高年齢(65歳以上))

転勤の年月日

事業所名略称

株式会社 ウッドプラスチックテクノロジー

2025. 1

