

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

5071-045889-3

2. 事業所番号

1307-681144-8

3. 資格取得年月日

5-071001

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

1 有
空 無

9. 新氏名

フリガナ（カタカナ）

10. 個人番号

安定所記載欄
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
ガミネ アリサ	女	3-590816	一般		13070	有期契約労働者
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間	4000	事業所名略称	株式会社 フレームキャリア			
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。

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）

確認（受理）通知年月日

R071023

雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認（通知）します。

渋谷

公共職業安定所長



被保険者番号

5071-045889-3

事業所番号

1307-681144-8

管轄区分

0

資格取得年月日

R071001

被保険者氏名

ガミネ アリサ

性別

2 (1 男
2 女)

生年月日(元号・年月日)

3 590816 (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 フレームキャリア

2025. 1

