

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。)

個人番号登録あり

帳票種別

15103

1.被保険者番号

5101-439618-9

2.事業所番号

1310-618474-7

3.資格取得年月日

5-061201

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)

フリガナ(カタカナ)

フリガナ(カタカナ)

10.個人番号

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)

Table with columns: 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. Includes fields for ｼｻﾞﾘｺﾄﾉ, 4000, 株式会社 アキューブプレースファクトリー.

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

Table with columns: 所長, 次長, 課長, 係長, 係, 操作者

Table with columns: 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

2021. 9

----- 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

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。

王子

公共職業安定所長



R061217

個人番号登録あり

被保険者番号

5101-439618-9

事業所番号

1310-618474-7

管轄区分

0

資格取得年月日

R061201

被保険者氏名

ｼｻﾞﾘｺﾄﾉ

性別

2 (1 男, 2 女)

生年月日(元号 - 年月日)

4 070422 (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 高年齢短期, 2又は3 短期, 11 高年齢(65歳以上))

転勤の年月日

空欄

事業所名略称

株式会社 アキューブプレースファクトリー

2021. 9

-----

