## 雇用保険連絡票 喪失等

- 下記へ必要事項を記入の上お知らせください。
- マイナンバー欄の下4ケタは、別途電話、E-mail等でお知らせください。
- 離職票が必要な方は、離職票請求書に必要事項を記入の上、送付していただくか、 その旨をお知らせください。書式のご案内をします。

事業所情報						
事業所名			担当様			
雇用保険 番号		電話				
労働保険 番号		FAX				

通信欄	

	被保険者番号		マイナンバー		-
	フリガナ	退職等		離職票	※失業の手当を受ける
1		年月日		発行	場合に必要です。
1	被保険者氏名	離職等			
		理由			
	変更後 フリガナ	変更		備考	
	氏名	年月日		1用	
	被保険者番号		マイナンバー		
	フリガナ	退職等		離職票	※失業の手当を受ける
2		年月日		発行	場合に必要です。
_	被保険者氏名	離職等			
		理由			
	変更後 フリガナ	変更		備考	
	氏名	年月日		/用"与	
	被保険者番号		マイナンバー		-
	フリガナ	退職等		離職票	※失業の手当を受ける
3		年月日		発行	場合に必要です。
5	被保険者氏名	離職等			
		理由			
	変更後 フリガナ	変更		備考	
	氏名	年月日		川州为	
	被保険者番号		マイナンバー		-
	フリガナ	退職等		離職票	※失業の手当を受ける
1		年月日		発行	場合に必要です。
4	被保険者氏名	離職等			
		理由			
	変更後 フリガナ	変更		/++ +/	
	氏名	年月日		備考	
	被保険者番号		マイナンバー		-
	フリガナ	退職等		離職票	※失業の手当を受ける
5	7931	年月日		※ 職場 ※ ※ ※ ※ 発行	場合に必要です。
	被保険者氏名			光1」	物口に必女じり。
	似体恢有氏石	離職等			
	変更後   フリガナ	理由 変更			
	変更後   ブリカテ   氏名			備考	
	八石	年月日			

東京食品福祉厚生事業団 Tel/03-5828-7200 Fax/03-5828-7203

確認印	入力者印	担当者印