

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

1	被保険者番号				マイナンバー			-				
	フリガナ			退職等 年月日			離職票 発行	※失業の手当を受ける 場合に必要です。				
	被保険者氏名			離職等 理由								
	変更後 氏名	フリガナ			変更 年月日			備考				
2	被保険者番号				マイナンバー			-				
	フリガナ			退職等 年月日			離職票 発行	※失業の手当を受ける 場合に必要です。				
	被保険者氏名			離職等 理由								
	変更後 氏名	フリガナ			変更 年月日			備考				
3	被保険者番号				マイナンバー			-				
	フリガナ			退職等 年月日			離職票 発行	※失業の手当を受ける 場合に必要です。				
	被保険者氏名			離職等 理由								
	変更後 氏名	フリガナ			変更 年月日			備考				
4	被保険者番号				マイナンバー			-				
	フリガナ			退職等 年月日			離職票 発行	※失業の手当を受ける 場合に必要です。				
	被保険者氏名			離職等 理由								
	変更後 氏名	フリガナ			変更 年月日			備考				
5	被保険者番号				マイナンバー			-				
	フリガナ			退職等 年月日			離職票 発行	※失業の手当を受ける 場合に必要です。				
	被保険者氏名			離職等 理由								
	変更後 氏名	フリガナ			変更 年月日			備考				

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