

※	所長	次長	課長	係長	係

雇用保険被保険者証再交付申請書

申請者	1. フリガナ	シヤロウ シロウ	2. 性別	①男 2女	3. 生年月日	大 昭50年10月30日 平
	氏名	社 労 士 朗				
現に被保険者として 就いている 事業所	4. 住所又は居所	横浜市西区みなとみらい〇丁目〇番地			郵便番号	220-0012
	5. 名称	ビジネスサポートセンター株式会社			電話番号	045-664-0422
最後に被保険者として 就いていた 事業所	6. 所在地	神奈川県横浜市中区本町2-15 7F			郵便番号	231-0005
	7. 名称				電話番号	
最後に被保険者として 就いていた 事業所	8. 所在地				郵便番号	-
	9. 取得年月日	平成20年4月1日			←最後に取得した日付を記入します。	
10. 被保険者番号	1234-567890-1			※安定所 確認印		
11. 被保険者証の滅失 又は損傷の理由	紛失してしまったため。					
雇用保険法施行規則第10条第3項の規定により上記のとおり雇用保険被保険者証の再交付を申請します。						
平成24年10月31日 横浜 公共職業安定所長 殿						
				申請者氏名	社 労 士 朗	記名押印又は署名 印
※再交付 年月日	平成 年 月 日	※備考	← 本人の自署の場合は押印不要です。			

現在の雇用状況によって、どちらかに記入します。

注意

- 被保険者証を損傷したことにより再交付の申請をする者は、この申請書に損傷した被保険者証を添えること。
- 1欄には、滅失又は損傷した被保険者証に記載されていたものと同一のものを明確に記載すること。
- 5欄及び6欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者である場合に、その雇用されている事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 7欄及び8欄には、申請者が現に被保険者として雇用されていない場合に、最後に被保険者として雇用されていた事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。
- 9欄には、最後に被保険者となったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。
- 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- ※印欄には、記載しないこと。
- なお、本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは公共職業安定所までお問い合わせください。