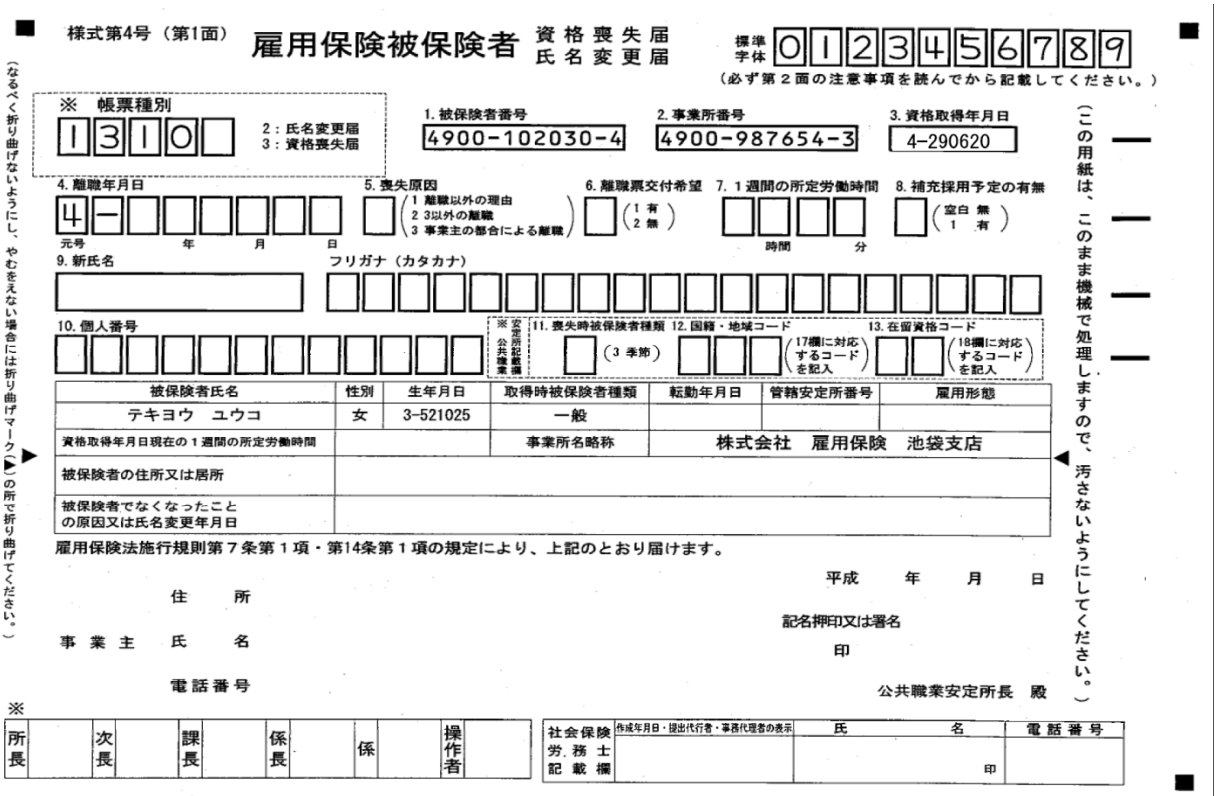
7　被保険者関係の届出をしたときにお渡しするもの

(1)　資格取得届、氏名変更届、転勤届を提出したとき

ハローワークからは、被保険者氏名や事業所番号等がハローワークシステムで印字された「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（被保険者用）・雇用保険被保険者証・雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）・雇用保険被保険者資格喪失届」（ミシン目の入っている１枚もの）をお渡しします。

上記の書類には、被保険者（本人）にお渡しいただく書類がありますので、大切に保管するよう説明した上で、必ず被保険者本人にお渡しください。



様式第4号（第1面）　雇用保険被保険者 資格喪失届 氏名変更届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

（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 1 3 1 0　2：氏名変更届 3：資格喪失届

1. 被保険者番号 4900-102030-4
2. 事業所番号 4900-987654-3
3. 資格取得年月日 4-290620
4. 離職年月日 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（空白 無 1 有）
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（17欄に対応するコードを記入）
13. 在留資格コード（18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
テキヨウ　ユウコ	女	3-521025	一般			
資格取得年月日現在の１週間の所定労働時間			事業所名略称	株式会社　雇用保険　池袋支店		
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又は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第７条第１項・第14条第１項の規定により、上記のとおり届けます。

平成　年　月　日

住所
事業主 氏名
電話番号
記名押印又は署名
印

公共職業安定所長 殿

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げてください。）

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）

※ 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 印 電話番号

<キリトリ>

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 H290624
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。
公共職業安定所長印

被保険者番号 4900-102030-4
事業所番号 4900-987654-3
管轄区分 0
資格取得年月日 H290620
被保険者氏名 テキヨウ　ユウコ
性別 2（1 男 2 女）
生年月日（元号一年月日） 3 521025（2 大正 3 昭和 4 平成）
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）
転勤の年月日
事業所名略称 株式会社　雇用保険　池袋支店

<キリトリ>

雇用保険被保険者資格取得等確認通知書
（被保険者通知用）
公共職業安定所長印

被保険者番号 4900-102030-4
確認（受理）通知年月日 H290624
資格取得年月日 H290620
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）
被保険者氏名 テキヨウ　ユウコ
生年月日（元号一年月日） 3 521025（2 大正 3 昭和 4 平成）
事業所名略称 株式会社雇用保険池袋支店
転勤の年月日

様式第7号

雇用保険被保険者証
公共職業安定所長印

被保険者番号 4900-102030-4
被保険者氏名 テキヨウ　ユウコ
生年月日（元号一年月日） 3 521025（2 大正 3 昭和 4 平成）

(2)　資格喪失届を提出したとき

ハローワークからは、被保険者氏名や事業所番号等が印字された「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）・雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（被保険者通知用）」をお渡しします。

また、資格喪失と同時に離職票を発行する場合には、「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）・雇用保険被保険者離職票－1」および「雇用保険被保険者離職票－2」をお渡しします。

被保険者（本人）にお渡しいただく書類は、速やかにお渡しください。

様式第6号(1)
交付番号（　　）
交付年月日

雇用保険被保険者　離職票－1
資格喪失確認通知書（被保険者通知用）

（なるべく折り曲げないようにし、やむをえない場合には折り曲げマーク（▶）の所で折り曲げてください。）

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）

帳票種別：1 4 2 0 0
1. 被保険者番号：4900-102047-1
2. 資格取得年月日：4-200401
3. 離職年月日：4-290331
4. 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）
5. 再交付表示：□（1 再交付）
離職者氏名：カンサツ　クニオ
性別：1（1 男／2 女）
生年月日（元号一年月日）：3 540701（2 大正 3 昭和／4 平成）
喪失原因：2（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）
離職票交付希望：1（1 有／2 無）
事業所番号：4900-000147-1
管轄区分：0
事業所名略称：株式会社　雇用保険　那覇支店
産業分類：69
6. 個人番号
7. 番号複数取得チェック不要（チェック・リストが出力されたが、調査の結果、同一人でなかった場合に「1」を記入。）
8. 住居所管轄安定所
※ 9. 求職申込年月日：4－　年　月　日
受給資格等決定年月日：元号　年　月　日
10. 認定日（一般）
11. 認定予定月日（高年齢・短期）：月　日
12. 賃金日額（区分－日額又は総額）：　円
区分（1 日額／2 総額）
13. 所定給付日数の決定に係る対象者区分（1～6）
14. 離職理由
15. 求職番号
16. 特殊表示区分又は激甚指定期限年月日
17. 金融機関・店舗コード
口座番号
18. 支払区分（0 抹消／1 安定所渡金払／2 安定所送金払／3 労働局送金払）
19. 区分－氏名（カナ）　区分（空欄 分かち書き　1 氏名変更）

備考

公共職業安定所長印

※ 所属長　次長　課長　係長　係　操作者

基本手当日額（　　）円
所定給付日数（　　）日
支給番号（　　）

求職者給付等払渡希望金融機関指定届

（切り取らないでください。）

届出者	フリガナ			
	1 氏名			
	2 住所又は居所			
払渡希望金融機関	フリガナ			
	3 名称	本店・支店	金融機関による確認印	
	4 銀行等（ゆうちょ銀行以外）	口座番号	（普通）	
	5 ゆうちょ銀行	記号番号	（総合）　－	

◆金融機関へのお願い
雇用保険の失業等給付金を受給者の金融機関口座へ迅速かつ正確に振り込むため、下記のことについて御協力をお願いします。
1　上記届出書に記載された事項のうち「1氏名」欄、「3名称」欄及び「4銀行等（ゆうちょ銀行以外）」の「口座番号」欄（「5ゆうちょ銀行」の「記号番号」欄）を確認した上「金融機関による確認印」欄に貴金融機関確認印を押印してください。
2　金融機関コード・店舗コードを記入してください（ゆうちょ銀行の場合を除く。）。

金融機関コード	店舗コード

2016. 1

<キ リ ト リ>

様式第6号の3(1)

雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）

確認通知年月日：290404
雇用保険被保険者資格喪失届に基づき、下記のとおり確認します。
公共職業安定所長印
被保険者番号：4900-102047-1
資格取得年月日：4-200401
離職等年月日：290331
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）
離職票交付希望：1（1 有／2 無）
被保険者氏名：カンサツ　クニオ
性別：1（1 男／2 女）
生年月日(元号一年月日)：3 540701（2 大正 3 昭和／4 平成）
喪失原因：2（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）
事業所番号：4900-000147-1
管轄区分：0
事業所名略称：株式会社　雇用保険　那覇支店
産業分類：69