4　被保険者が転勤したとき

転勤とは、被保険者の勤務する場所が、同一の事業主の一の事業所から他の事業所に変更される場合をいいます。また、単なる出張や一時的な駐在は転勤に該当しません。

- 提出書類‥‥‥**「雇用保険被保険者転勤届」**
- 提出期日‥‥‥事実のあった日の翌日から 10 日以内
- 提出先‥‥‥‥‥転勤後の事業所の所在地を管轄するハローワーク
- 持参するもの‥転勤前事業所に対し、すでに交付されている「雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届」

雇用保険被保険者転勤届の記載例

様式第10号

雇用保険被保険者転勤届

（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 6

1. 被保険者番号 9900-123456-0

2. 生年月日 3（元号）-59（年）02（月）19（日）（2 大正 3 昭和 4 平成）

3. 被保険者氏名 労　働　　小　太　郎

フリガナ（カタカナ） ロウトウ　コタロウ

4欄は、被保険者が外国人の場合のみ記入してください。

4. 被保険者氏名（ローマ字）（アルファベット大文字で記入してください。）

被保険者氏名〔続き（ローマ字）〕

5. 資格取得年月日 4（元号）-18（年）04（月）01（日）（3 昭和 4 平成）

6. 事業所番号 4947-123456-7

7. 転勤前の事業所番号 4900-000111-0

8. 転勤年月日 4（元号）-29（年）07（月）01（日）

9. 転勤前事業所名称・所在地 〔株式会社　雇用保険 東京都千代田区霞が関１－２－２〕

10. 備考

（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。）

雇用保険法施行規則第13条第１項の規定により上記のとおり届けます。

平成 29 年 7 月 6 日

住　所　東京都豊島区上池袋３－４－５

事業主　氏　名　株式会社　雇用保険　代表取締役　労働太郎　　記名押印又は署名 印

電話番号 03-5253-1111

池袋　公共職業安定所長　殿

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
		印	

※

所長		次長		課長		係長		係		操作者	

※ 備考　確認通知　平成　年　月　日