

## 雇用保険被保険者（資格喪失・氏名変更）報告

(フリガナ) 1. 被保険者氏名			
(フリガナ) 2. 変更後被保険者氏名			
3. 生 年 月 日	大正・昭和・平成	年	月 日
4. 被保険者の住所	〒	TEL	
5. 離職年月日	年	月	日
6. 離職理由 又は 変更理由・変更年月日			
7. 離職票交付希望の有無 (失業給付受給希望)	有 無	8. 補充採用予定	有 無
9. 離職時前の所定労働時間	一週間	時間	分 (実際の労働時間ではない)

広島県建設労働保険事務組合事務処理規約第9条の規定により、上記のとおり報告致しますので、公共職業安定所長に対する届出をお願い致します。

年 月 日

広島県建設労働保険事務組合

事業主

住所

氏名

労働保険番号

TEL (       )       -

3 4 3 0 1 9 0 0 0 1     -

1. 資格喪失・氏名変更のどちらか該当する方を○で囲んで下さい。
2. 氏名変更の場合は、1・2・6の各欄に記入し、被保険者証を添付して下さい。
3. ●資格喪失の場合は、1・3・4・5・6・7・8・9の各欄に記入して下さい。7欄の有に○をした（失業給付受給希望場合）には、離職した月よりさかのぼり、11日以上出勤した月が13ヶ月になるまでの間の出勤簿・賃金台帳のコピーを添付してください。