

(必ず第2面の注意事項を読んだから記載してください。)

※ 帳票種別

1 3 1 9 1

0 氏名変更届
1 資格喪失届

1. 個人番号

2. 被保険者番号

3. 事業所番号

7. 離職票交付希望

1 (有)
2 (無)

8. 1週間の所定労働時間

3 7 3 0
時間 分

9. 補充採用予定の有無

1 (有)
2 (無)

10. 新氏名

フリガナ(カタカナ)

※ 記載欄
公共職業安定所

11. 喪失時被保険者種類

1 (3 年 第 1 号)

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

14. 被保険者氏名(ローマ字)または新氏名(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(ローマ字)または新氏名(ローマ字) [続き]

15. 在留期間

年 月 日 まで

16. 派遣・請負
就労区分1 派遣・請負労働者として
主として当該事業所以外
で就労していた場合
2 1に該当しない場合

17. 国籍・地域

18. 在留資格

19. (フリガナ)

オオハラ ヨシユキ

20. 性別

21. 生

年

月

日

被保険者氏名

22. 被保険者の
住所又は居所

23. 事業所名称

株式会社 トライグループ

24. 氏名変更年月日

平成

年

月

日

25. 被保険者で
なくなった
ことの原因

自己都合による退職

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

東京都千代田区飯田橋1丁目10番3号

事業主 氏 名

株式会社 トライグループ

代表取締役 平田 友里恵

電話番号

03-5211-2211

社会保険
労務士
記載欄

作成年月日・発出代行等・事務代理等の責任

氏

名

電話番号

安定所

備考欄

※

所長

次長

課長

係長

係

操作者

確認通知年月日

平成

年

月

日