

様式第4号 (第7条関係) (第1面)

雇用保険被保険者資格喪失届

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。)

(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

15103

1. 被保険者番号

2. 事業所番号

3. 資格取得年月日

4. 離職年月日 (元号 4 平成 5 令和)

□□-□□□□□□□□ □□

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

□□□□□□ □□

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

□□□□□□□□□□□□□□□□

※ 安定型被保険者

11. 喪失時被保険者種類

□□ (3 季節)

12. 国籍・地域コード

□□□□ (15欄に対応するコードを記入)

13. 在留資格コード

□□ (19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
資格取得年月日現在の1週間の所定労働時間			事業所名称			
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及び被保険者に氏名変更があった場合は氏名変更年月日						

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

住 所

事業主 氏 名

電話番号

公共職業安定所長 殿

※

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・提出代行名・事務代理者の署名	氏 名	電 話 番 号