

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

(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）

- 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1 有
2 無

6. 離職票交付希望

1 有
2 無

時間 分

7. 1 週間の所定労働時間

1 有
2 無

時間 分

8. 補充採用予定の有無

1 有
2 無

9. 新氏名

フリガナ（カタカナ）

10. 個人番号

11. 喪失時被保険者種類

1 有
2 無

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・届出代行番・事務代理者の署名	氏 名	電 話 番 号