

ご委託者専用様式 3

枝番号

お手数ですが下記ご記入、捺印後郵送にて返送ください。

返送先 〒160-0023

新宿区西新宿 7-2-6 西新宿 K1ビル 6F

関東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

平成 年 月 日

雇用保険被保険者氏名変更手続依頼書

事業所名

代表者名

印

下記の者は平成 年 月 日付で氏名が変更となりましたので、
雇用保険の被保険者氏名変更手続をお願いします。

フリガナ

変更前の氏名

フリガナ

変更後の氏名

雇用保険被保険者証を必ずこの用紙と一緒にご送付下さい。

雇用保険被保険者証を紛失している場合は被保険者番号とご自宅住所を
ご記入下さい。

・ 被保険者番号

-

-

・ 自宅住所

〒