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ﾋﾞﾙ 8F
開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。

① 変更前の氏　名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② 変更後の氏　名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 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　　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿