

ご委託者専用様式5

枝番号 \_\_\_\_\_

捺印後、FAXしてください。

送信先 FAX 番号 03-3369-2711

社会保険労務士法人

関東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

令和 年 月 日

## 雇用保険被保険者証 再発行依頼書

事業所名

代表者名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者証を紛失いたしましたので再発行をお願いします。今後の取扱には十分注意いたします。

フリガナ

①氏名 \_\_\_\_\_

②生年月日 昭和・平成 年 月 日

③住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ご注意ください！**

**この依頼書は、ご委託をいただいている事業所様の専用様式です。**

**ご委託をいただいていない事業所様からこの依頼書の FAX が増えておりますが、その場合は、一切対応できません。**