

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 K-1ビル
関東社会保険労務事務所 TEL03-3369-7411

令和 年 月 日

雇用保険被保険者氏名変更手続依頼書

事業所名

代表者名

印

下記の者は令和 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
- ① 変更前の氏名 _____
- フリガナ
- ② 変更後の氏名 _____

※ 雇用保険被保険者番号が分かる場合は以下に番号を、分からない場合には生年月日をご記入ください。

・ 被保険者番号 □□□□—□□□□□□—□

・ 生年月日 昭和・平成 年 月 日