様式第８号

※	所長	次長	課長	係長	係

雇用保険被保険者証再交付申請書

申請者	① フリガナ 氏名		②性別	1 男 2 女	③生年月日 大昭平 年 月 日
	④ 住所又は居所				郵便番号 －
現に被保険者として雇用されている事業所	⑤ 名称				電話
	⑥ 所在地				郵便番号 －
最後に被保険者として雇用されていた事業所	⑦ 名称				電話
	⑧ 所在地				郵便番号 －
⑨ 取得年月日	年 月 日				
⑩ 被保険者番号	－　－				※安定所確認印
⑪ 被保険者証の滅失又は損傷の理由					

雇用保険法施行規則第10条第３項の規定により上記のとおり雇用保険被保険者証の再交付を申請します。

平成　年　月　日

公共職業安定所長　殿

記名押印又は署名

申請者氏名　㊞

※再交付年月日	平成　年　月　日	※備考	

注　意

1　①欄には、滅失又は損傷した被保険者証に記載されていたものと同一のものを明確に記載すること。

2　⑤欄及び⑥欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者である場合に、その雇用されている事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。

3　⑦欄及び⑧欄には、申請者が現に被保険者として雇用されている者でない場合に、最後に被保険者として雇用されていた事業所の名称及び所在地をそれぞれ記載すること。

4　⑨欄には、最後に被保険者となったことの原因となる事実のあった年月日を記載すること。

5　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。

6　※印欄には、記載しないこと。

7　なお、本手続は電子申請による届出も可能です。詳しくは公共職業安定所までお問い合わせ下さい。