

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

領票種別

1 7 1 0 1

1. 個人番号

□□□□□□□□□□□□□□

2. 被保険者番号

1 1 1 1 - 2 2 2 2 2 2 - 3

3. 取得区分

□ (1 新規)
□ (2 再取得)

4. 被保険者氏名

フリガナ (カタカナ)

産業 太郎 サンキ ヨウ タロウ □□□□□□□□□□□□□□

5. 変更後の氏名

フリガナ (カタカナ)

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

6. 性別

7. 生年月日

1 (1 男) 2 (2 女) 4 - 0 1 1 1 1 1 (2 大正)
(3 昭和) (4 平成) (5 令和)

8. 事業所番号

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

9. 被保険者となったこと
の原因

10. 賃金 (支払の態様一賃金月額:単位千円)

11. 資格取得年月日

□ □ - □ □ □ □ □ □ (1 月給 2 週給 3 日給) □ □ - □ □ □ □ □ □ □ □ (4 平成) (5 令和)

(この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さない)

この用紙のみ必ず鉛筆で記入してください。

記入する欄

- 1. 個人番号 (マイナンバー)
- 2. 被保険者番号
- 4. 被保険者氏名・フリガナ (カタカナ)
- 6. 性別
- 7. 生年月日

※外国人の方は、「在留カード」の写しを添付してください。

電話番号

社会保険 労務士 記載欄	氏名	電話番号

※	所長	次長	課長	係長	係	操作者

※

備考

確認通知 令和 年 月 日

雇用保険被保険者番号（見本）

2. 被保険者番号

<キリ>

雇用保険被保険者氏名変更届受理通知書
被保険者通知用)



被保険者番号 5089-111100-F	確認（受理） 通知年月日 H280531	取得時 資格取得年月日 H270401	被保険者種類 1 (1又は3 一般 4又は5 高齢者 2又は3 短期)
被保険者氏名 [Blank]	生年月日 (元号一年月日) [Blank]	(2 大正 3 昭和 4 平成)	
専業所名略称 学校法人 産業医科大 学	転勤の年月日 [Blank]		

様式第7号

雇用保険被保険者証



被保険者番号 [Blank]	生年月日 (元号一年月日) [Blank]		
被保険者氏名 [Blank]	4 020518	(2 大正 3 昭和 4 平成)	

2016. 1