

雇用保険被保険者氏名変更手続依頼書

労働保険事務組合 北上商工会議所 御中

○本 所〒024-0031 北上市青柳町 2-1-8 TEL65-4211

○和賀町支所〒024-0331 北上市和賀町横川目 10-20-3 TEL72-3136

(和賀町福祉総合センター1階)

【本依頼書提出時 添付書類】

○氏名変更した事実がわかる書類

①運転免許証(表裏写し) 又は 住民票(写)

※変更日は、下記のとおりとなります。

・運転免許証:裏面の変更日 ・住民票:発行日

変 更 前	変 更 後	変 更 年 月 日 (確認書類記載の日付)	変 更 事 由
フリガナ	フリガナ		
氏 名	氏 名		
		年 月 日	
		年 月 日	
上記のとおり手続きを依頼いたします。 令和 年 月 日			※この依頼書は本所もしくは支所の窓口へご持参頂くか郵送で提出すること。 個人情報保護のため、FAX は受付しません。
事業所名	所在地 〒		※ご記入頂いた個人情報は、行政機関への届出にのみ使用し、その後適切に廃棄します。
名 称			※手続き完了後、被保険者証を事業所に郵送いたします。
代表者			※この依頼書用紙は貴事業所でコピーして使用下さい。
TEL	FAX	担当者	

※7日から10日ほどの時間を要することがありますので、予めご了承ください。