様式第6号の3(第9条関係)(1)(第1面)

雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(事業主通知用)

確認通知年月日

雇用保険被保険者資格喪失届に基づき、下記のとおり確認します。

公共職業安定所長

被保険者番号

資格取得年月日

離職等年月日

被保険者種類

(1又は9　一　般
4又は5　高年齢
2又は3　短　期
11　高年齢(65歳以上))

離職票交付希望

(1　有
2　無)

被保険者氏名

性別

(1　男
2　女)

生年月日(元号―年月日)

(2　大正　3　昭和
4　平成　5　令和)

喪失原因

(1　離職以外の理由　2　3以外の離職
3　事業主の都合による離職)

事業所番号

管轄区分

事業所名略称

産業分類