

雇用保険被保険者個人番号提供書

労働保険事務組合 長浜商工会議所 行

個人番号の利用目的（雇用保険被保険者資格取得届／雇用保険被保険者氏名変更・喪失届作成の事務に利用すること）に同意のうえ、下記のとおり個人番号を提供いたします。

(記入日) 年 月 日

事業所名											
手続内容	資格取得 ・ 各種変更 ・ 資格喪失										
被保険者 氏名							性別	男 ・ 女			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日										
個人番号											

※目隠しシール又は封筒へ入れ、番号が見えないようにして下さい。

※直接ご来所いただきご提出いただくか、郵送の場合は書留等の記録付郵便にてお願いいたします。