

年 月 日

労働保険事務組合宇都宮商工会議所 行
FAX 637-3110

事業所名

事業主名

雇用保険被保険者氏名変更届

次の者、氏名を変更しましたので雇用保険被保険者証を変更していただきたく、届け出ます。

雇用保険被保険者番号（ — — ）

ふりがな

新 氏 名 _____

ふりがな

旧 氏 名 _____

変更年月日 年 月 日 _____

以 上