雇用保険被保険者異動届**(氏名変更用)** ［ 1 /　　枚目 ］

令和　年　月　日

雇入れている従業員の氏名が変更となる場合は本届にてお知らせください。

労働保険事務組合　松江商工会議所　御中
〒690-0886　松江市母衣町55-4
TEL:0852-23-1616

〒
住所

事業所名

代表者名

TEL
担当者名

◆下記の通り異動がありましたので提出いたします

変更前の被保険者氏名	**変更後**の被保険者氏名
フリガナ）	フリガナ）

変更の理由	変更年月日（和暦）
	令和　年　月　日

＜添付書類＞
本届とともに必ず提出してください
□　氏名変更したことが証明できる書類の写し(運転免許証、謄本等)

◆本届は個人番号が記載されるため窓口までの持参もしくは
郵送の場合は書留、特定記録郵便等を利用してください。