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 | 離職票交付希望 |
|---|---|---|---|---|
| | | | （1又は9　一　般<br>4又は5　高年齢<br>2又は3　短　期<br>11　高年齢（65歳以上）） | （1 有<br>2 無） |

| 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日（元号一年月日） | 喪失原因 |
|---|---|---|---|
| | （1 男<br>2 女） | （2 大正　3 昭和<br>4 平成　5 令和） | （1 離職以外の理由　2 3以外の離職<br>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 |
|---|---|---|---|
| | | | |

様式第六号の三(1)（第一面）を次のように改める。