様式第十号を次のように改める。

様式第10号（第13条関係）（第1面）

# 雇用保険被保険者転勤届

帳票種別 1 1 1 0 6

1. 被保険者番号 □□□□-□□□□□□-□

2. 生年月日 □-□□年□□月□□日（2 大正 3 昭和 4 平成）

3. 被保険者氏名

フリガナ（カタカナ）

4. 資格取得年月日 □-□□年□□月□□日（3 昭和 4 平成）

5. 事業所番号 □□□□-□□□□□□-□

6. 転勤前の事業所番号 □□□□-□□□□□□-□

7. 転勤年月日 平-□□年□□月□□日

8. 転勤前事業所名称・所在地 〔　　〕

（この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。）

9. 備考

雇用保険法施行規則第13条第１項の規定により上記のとおり届けます。

平成　年　月　日

住所

事業主　氏名　　記名押印又は署名　印

電話番号

公共職業安定所長　殿

| 社会保険労務士記載欄 | 作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示 | 氏名 | 電話番号 |
|---|---|---|---|
| | | 印 | |

※

| 所長 | | 次長 | | 課長 | | 係長 | | 係 | | 操作者 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

※ 備考　確認通知　平成　年　月　日

様式第10号（第13条関係）（第2面）

注　意

1　帳票の提出に際しては、第１面に記載する届出に係る被保険者の既交付の雇用保険被保険者証及び雇用保険被保険者資格喪失届を添付すること。

2　□□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（ＯＣＲ）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。

3　記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記入し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。

4　記入枠の部分は、枠からはみ出さないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。

　この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、１文字として取り扱い、また、「ヰ」、「ヱ」及び「ヲ」は使用せず、それぞれ「イ」、「エ」及び「オ」を使用すること。

5　事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。

　なお、事業主の氏名（法人にあっては代表者の氏名）については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。

6　1欄には被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。

　なお、被保険者番号が16桁（上下２段で表示されている。）で構成されている場合は、下段の10桁のみを記載すること。この場合、最初の４桁を最初の４つの枠内に、残りの６桁を「-」に続く６つの枠内に記載し、最後の枠は空枠とすること。

（例：4601188888 → 1301-543210-□）

7　2欄の元号は、該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が１桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「０」を付加して２桁で記載すること。

（例：昭和51年５月６日→ 3-510506 ）

8　3欄のフリガナ欄には、その者の氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は１枠空けること。

9　4欄には資格取得年月日を記載すること。なお、年、月又は日が１桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「０」を付加して２桁で記載すること。

（例：平成10年３月１日→ 4-100301 ）

10　5欄については、当該被保険者が7欄の日に所属する、当該届出を行う事業所の事業所番号を記載すること。事業所番号が10桁の構成である場合は、最初の４桁を最初の４つの枠内に、残りの６桁を「-」に続く６つの枠内にそれぞれ記載し、最後の枠は空枠とすること。

11　6欄は転勤前の事業所の事業所番号を記載すること。なお、事業所番号が10桁の構成である場合の記載については上記10と同様とすること。

12　7欄は転勤の年月日を記載すること。なお、年、月又は日が１桁の場合は、上記９のなお書きと同様に記載すること。

13　8欄には6欄に記載した事業所の事業所名称及び所在地を記載すること。

14　本手続は電子申請による届出も可能であること。

　なお、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。