様式第4号（第7条関係）　帳票種別 15103

雇用保険被保険者資格喪失届

下書き用

この用紙は下書き用で、ハローワークの様式そのものではありません。届け出るのは、ハローワークの窓口の用紙か、ハローワークインターネットサービスの様式です。ハローワークインターネットサービスから印刷するときは、A4の白色の用紙に等倍（倍率100%）で印刷します。等倍以外の印刷設定のものは窓口で受理できない、とハローワークは案内しています。

欄	項目	書く内容（下書き）	選ぶ番号（コード）
1	被保険者番号		
2	事業所番号		
3	資格取得年月日		4 平成／5 令和
4	離職等年月日		4 平成／5 令和
5	喪失原因		1 離職以外の理由／2 3以外の離職／3 事業主の都合による離職
6	離職票交付希望		1 有／2 無
7	1週間の所定労働時間		
8	補充採用予定の有無		空白 無／1 有
9	新氏名		
10	個人番号		
	被保険者の住所又は居所		
	被保険者でなくなったことの原因		

11欄から13欄は公共職業安定所が書く欄です。下の段の被保険者氏名・性別・生年月日などは、ハローワークから渡された用紙に印字されています。

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

事業主　住所
　　氏名
　　電話番号

公共職業安定所長　殿