

雇用保険被保険者 資格喪失届 依頼書

令和 年 月 日

労働保険事務組合
 祇園町商工会 行き
 (FAX 875-6245)

所在地
 事業所名
 代表者名
 電話番号

⑩

個人番号(12ケタ)			
フリガナ 被保険者名	(男・女)	生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
被保険者 住所 TEL	〒 離職票が必要な場合は、本人のTEL番号を記入：		
退職年月日	令和 年 月 日	離職票交付	必要 ・ 不要
雇用形態	1週間の所定労働時間(休憩時間は含まない) 時間 分		
離職理由 (該当に○)	A. 解雇 E. 定年(歳) B. 倒産による退職 F. 定年(歳)後の勤務延長又は再雇用の終了(歳) C. 契約期間満了 G. 自己都合 D. 事業主の勧奨による退職 H. その他(具体的事項)		

【添付書類】 FAX・郵送・商工会へ持参 いずれかの方法で提出をお願いします

1. 退職願、又は労働者名簿

*** 離職票の交付(失業保険の手続き)が必要な場合は、以下の書類が追加になります ***

2. 出勤簿のコピー(退職日から遡って1年分)

出勤日が1か月に11日以上あること。11日に足りない月があれば、最長2年遡って1年分必要です

3. 賃金台帳のコピー(退職日から遡って1年分)

4. その他・離職理由が契約期間満了の場合は、最後の雇用契約書が必要です。

問合せ先： 祇園町商工会 TEL875-3476

※離職票作成の場合、下記にご記入ください。

賃金締切日	賃金支払日
毎月 日	当月・翌月 日