別添用紙

**雇用保険被保険者資格喪失依頼表**

令和　　　年　　　月　　　日

楠町商工会　　行　　　　　　　　　　　　 所在地

TEL:397-2046

FAX:397-6046

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　　　）　　　－

下記の者が退職いたしましたので、雇用保険被保険者資格喪失・変更手続きをお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　　別　　（　男　・　女　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒　　　－TEL（　　　　）　　　－ |
| 離職年月日 | 年　　　月　　　日　（退職日当日） |
| 離職理由 | 1. 自己都合により本人申出による退職
2. その他（具体的な理由も記入してください）

（　　　　　　　　） |
| 離職票交付希望 | 有　・　無 | 離職票交付希望の場合は離職以前の13ヶ月間の賃金台帳と出勤簿（ﾀｲﾑｶｰﾄﾞ）を提出して下さい。 |
| 賃金形態 | 賃　金　締　日　　　　　　　日 |
| ①　　月　　　給　　　　　　　　　②　　　日　　　給　　③　　時　間　給　　　　　　　　　④　　　そ　の　他 |
| 1週間の所定労働時間 | 時間　　　　分 | 補充採用　（有・無） |
| 備考 | 国　籍　　　　　　　　　　　　　　　　在留資格　　　　　　　　　　　在留期間　　　年　　　月　　　日 |

＊離職票の交付希望される場合の注意点

　　　　・出勤日数11日以上ない場合は、その分多く賃金台帳と出勤簿を用意して下さい。

　　　＊外国人労働者の場合は、別途在留カードのコピーの提出が必要です。（離職票なしでも必要です）

事務組合で転記後切り取り破棄します

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

従業員個人番号記載欄