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