

雇用保険資格喪失(離職)申請書

1～10 までをご記入の上、商工会へご提出(FAX可)ください。

〈 連絡先：TEL 0299-72-0520 / FAX 0299-72-0634 〉

受付日:令和 年 月 日

1	事業所名	
2	被保険者名	(フリガナ) (漢 字)
3	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
4	住所・連絡先(TEL)	住所:
		TEL: (必須)
5	資格喪失(離職)年月日	(最終賃金支払日) 年 月 日
6	離職理由	
7	離職票の有無	有・無 (○印をつけてください)
8	給与形態 (○で囲んで下さい)	1. 月給 2. 日給 3. 時間給 4. その他
9	1週間の所定労働時間	時間 分
10	賃金締切日・支払日	締日: 日 / 支払: 当月・翌月 日
11	時間外手当支払	当月払 / 翌月払
12	個人番号(マイナンバー)	個人情報の管理上、お電話にてお知らせください。
13	離職票送付希望	あり (事業所・本人) / なし

※ 外国人労働者の場合は、在留カード両面のコピーをご提出ください。

※ 離職票が必要な場合は下記の書類を一緒にご提出ください、

- ① 離職日よりさかのぼり1年分の給料明細または、給与台帳のコピー
- ② 離職日よりさかのぼり1年分の出勤簿または、タイムカードのコピー
- ③ 退職願のコピー
- ④ 解雇の場合はご連絡ください。(別途必要書類あり)