雇用保険被保険者資格喪失依頼書

労働保険事務組合 伊賀市商工会　　行

最寄りの本所・支所にご提出ください。
※ご依頼日は必ずご記入ください

事業所番号　2406－　　－

年　　月　　日

住　　所
事業所名
代表者名
電話番号　（　　）　　－

下記の者が退職しましたので，雇用保険被保険者資格喪失届に関する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(和暦)　　年　月　日		
住　所	〒　　－ TEL（　　）　　－		
離職年月日	令和　　年　　月　　日		
喪失原因	1 自己都合による退職 2 離職以外の理由（死亡，在籍出向，出向元への復帰等） 3 事業主の都合による離職（事業主の退職勧奨等によるものも含む） 4 その他（具体的な理由を記載：　　）		
離職票交付希望	1 有　　2 無		
1 週 間 の 所定労働時間	時間　　分	賃金締日　　日	賃金形態 月給(日給月給)　日給　時間給
補充採用の有無	1 有　　2 無		

【離職票の交付に必要な書類】

・タイムカード（出勤簿）及び賃金台帳を退職された日よりさかのぼって１年１ヶ月程度
（一ヶ月の出勤日数が１１日以上ない場合は，追加で用意いただく場合があります）
・定年退職の場合は、就業規則もあわせてご用意ください。
・外国人労働者の場合は，離職票を交付しない場合でも別途在留カードのコピーが必要です。
・資格喪失確認通知書(本人控)、離職票は事業所に送付させていただきます。

従業員個人番号記載欄　手続きに必須ですので必ずご記入ください。

個人番号												

※外国人の方は在留カードの番号も記載してくだい

在留カード番号												