

雇用保険 **資格喪失** 連絡票

※太枠内はすべてご記入ください。（確認のため連絡させていただくことがあります。）

事業所名		連絡先	— —
		担当者名	
フリガナ		退職日 (最終在籍日)	令和 年 月 日
退職者氏名	外国人は在留カード（両面）の写し添付	所定労働時間	一週間 時間 分
退職者住所	〒 - 市・郡		

※離職理由を下記から一つ選択してください。

本人希望退職 転職希望・体調不良・出産、育児・家族の介護・その他（ ）

事業主からの働きかけ ※新型コロナウイルス感染症の影響による離職ですか はい・いいえ

1.退職勧奨（理由 ）

2.解雇（理由 により〔口頭・文書〕にて通知）解雇予告（ 月 日）

3.重責解雇（理由 ）⇒就業規則該当箇所添付

離職以外の喪失

1.週所定労働時間が20時間未満になった（会社都合・本人都合）

2.死亡（死亡日 月 日）

3.その他（ ）

その他（ ）

離職票 1.必要 2.不要 ⇒

「1.必要」の場合
退職月を含め13ヶ月分の賃金台帳・出勤簿
(タイムカード)をご提出ください。

1.賃金形態 1.月給 2.日給 3.時間給 2.賃金締日 毎月 日締め 当月・翌月 日払

3.本人 TEL - - 4.離職票送付先 1.事業所宛 2.本人宛 3.窓口

マイナンバー（個人番号）※下記のどちらかを選択してください。

雇用保険取得日が平成30年（2018年）5月1日以降の方 ⇒ マイナンバー記入省略可
本所 FAX：0895-45-3200 または当初窓口へご提出ください。

雇用保険取得日が平成30年（2018年）4月30日以前の方
マイナンバー（個人番号）を郵送（原則書留・特定記録等）又は当所窓口へご提出ください。
FAXでのご提出や郵送過程での番号漏洩につきまして当事務組合は責任を負いかねますのでご了承ください。

□□□□-□□□□-□□□□

※本書で取得したマイナンバーは雇用保険の取得・喪失手続きに係る事務でのみ使用するものとし、その使用が済み次第、速やかに番号記載部分を破棄します。