

(雇用保険資格喪失手続)

退 社 報 告 書

令和 年 月 日

会社名(事業所名) _____

住 所 _____

代 表 者 名 _____

連絡先担当者氏名 _____

連絡先担当者 MAIL _____

連絡先担当者 TEL _____

《退職された方》

1. 被保険者名(フリガナ) _____

2. 退職年月日 令和 年 月 日 _____

3. 退職理由 ①本人都合 ②会社都合 ③契約満了 ④役員就任
⑤所定内労働時間が 20 時間未満になった

※該当する番号に○を付けてください

4. 一週間の所定労働時間 _____ 時間 分

5. 離職票希望 有 (有の方は下記 8・9 の書類を添付して下さい)・無

給料 1.月給 2.日給月給(基礎日数 日)

3.日給 4.時間給

賃金締切日 _____ 締切 支払日 _____ 日

賃金台帳： 別添 (6 か月分)

出 勤 簿： 別添 (12 か月分)

6. 本人現住所 〒 _____

TEL _____

※7.外国籍の方のみ： 別添 (最新の在留カードのコピー)