労働保険事務組合　名古屋商工会議所宛

MAIL:nccila@nagoya-cci.or.jp

FAX:052-231-8259

|  |
| --- |
| (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  ※該当する番号に〇を付けてください  　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  　6. 給料　　　　１.月給　　２.日給月給(基礎日数　　　日)  　　　　　　　 ３.日給　　４.時間給  7. 賃金締切日　　　締切　　支払日　 日  　8. 賃金台帳：　別添（6か月分）  9. 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） |