

雇用保険資格喪失に係る報告書

令和 年 月 日

事業所名 ・所在地	〒				
			TEL ()	FAX ()	
アリガナ					
退職者氏名	S・H 年 月 日 生 男・女				
退社年月日	令和 年 月 日				
1週間の 所定労働時間	時間 分	賃金の計算期間		日締め	日払い
賃金支払い形態	月給	週給	日給	時給	その他 ()
退職の理由					
個人番号 (マイナンバー)	事務様式第2号「雇用保険被保険者個人番号提供書」にてご提出下さい。				
個人番号(マイナンバー)発送予定日 : 月 日					
退職者住所 連絡先	〒 TEL				
離職票交付 希望の有無	有	<input type="checkbox"/> 賃金台帳(1年分) <input type="checkbox"/> 出勤簿(1年分) <input type="checkbox"/> 当事務組合に送付先(個人情報)を 伝える旨、承諾済			無
その他の (連絡事項)					

労働保険事務組合 千葉商工会議所

〒260-0013 千葉市中央区中央2-5-1

電話 043-227-4103 FAX 043-227-4107