

## 雇用保険資格喪失

フリガナ	
事業所名	
フリガナ	
代表者名	印
住 所	〒      -
電話番号	
担当者	
フリガナ	
被保険者氏名(漢字)	
生年月日	昭和・平成      年      月      日
住 所	〒
電話番号	
マイナンバー	
離職年月日	年      月      日
離職理由(具体的にお書きください。)	
	※契約期間満了、定年の場合は確認できる書類を添付。
離職票交付希望	有      ・      無
	有の場合 賃金の締め日      当月      日
	有の場合 賃金の支払日      当月・翌月      日
	有の場合 賃金      月給      ・      日給月給
	離職票の送付先      本人      ・      事業所
1週間の所定労働時間	時間      分

添付書類

※ 離職票有の場合出勤簿(又はタイムカード)と賃金台帳1年分のコピー  
 (「離職証明書の記載内容に関する確認書」(従業員)または、  
 「被保険者の確認を得られないやむを得ない理由について」(事業主))

※ 離職票無の場合出勤簿(又はタイムカード)のコピー(離職した月分)

**雫石商工会**

TEL 019-692-3321

FAX 019-692-1667