雇用保険被保険者資格 **喪失** 連絡表

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名＊外国籍の方は、ローマ字とカタカナで表記してください。 | ふりがな：氏　　名：＊外国籍の方は、**直近の在留カード(写)**も必要です。 |
| 性　　　別 | 男　・　女 |
| 生　年　月　日 | 西暦・昭和・平成　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 | 〒　　　　－ |
| 個人番号（マイナンバー）**※平成30年5月から必須** |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人情報保護のため支部へ持参または特定記録などの郵便で提出下さい |  |  |  |
| 退　社　日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| １週間の労働時間 | 時間　　　　分 |
| 賃金締切日・支払日 | 賃金　　　　日締め　・　支払い　当月／翌月　　　　　日 |
| 雇用保険被保険者番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 退職理由 | 自己都合　・　事業主都合　・　他（　　　　　　　　） |
| 退職申出 | 口頭申出　・　退職届＊退職届がある場合は写しを添付してください。 |
| 離職票について | 発行の希望 | 有　・　無 |
| 発行する場合 | 直前１年間の賃金台帳および出勤簿が必要になります。【注意】直前１年間のうち出勤日数が１１日に満たない月がある場合には、直前１年間より遡った月の分も賃金台帳および出勤簿が必要になります。 |
| 希望発送先 | 被保険者本人　・　事業主 |

記入日　　　　　年　　　 月　　　 日

委託事業主名

千葉土建市原支部

　　TEL 0436-36-4445