喪失　雇用保険資格喪失連絡票＊太枠内にご記入下さい。

（原則郵送か窓口提出：マイナンバーを記載した場合 FAX 不可）

事業所番号 □□□□-□□□□□□-□　　　　年　月　日

事業所名			連絡先	- -
			担当者名	
フリガナ		男・女	退職日	令和　年　月　日
氏名	外国人は在留カード(両面)添付		生年月日	S・H　年　月　日
退職理由	1. 自己都合（理由　　　） 2. 解　雇（理由　　　） 3. そ の 他（理由　　　）			
労働時間	一週間　　時間　　分			
補充採用予定	1. 有り　　2. 無し			
離職票	**1. 必要　　2. 不要**			

●賃金形態　1. 月給　2. 日給月給※　3. 日給　4. 時間給

※日給月給制を採用している事業所は給与計算規定(減額計算方法)提出

●賃金締切日　毎月　　日締め

●自宅住所　〒

Tel

★お願い（ご持参いただくもの）

退職する方の「雇用保険被保険者　資格取得等確認　通知書（事業主通知用）」

（＊1）離職票が必要な場合は以下の書類もお願いします。

・「賃金台帳・出勤簿（タイムカード）」の写し 24 か月分

マイナンバー（個人番号）記入欄

雇用保険取得に係る帳票への個人番号の 記載は、法令で義務付けられているものです。個人番号を記入された連絡票はFAXではお受け出来ません。

個人番号 □□□□□□□□□□□□

ご注意

①当事務組合が本書で取得したマイナンバー（個人番号）は雇用保険の取得・喪失手続きに係る事務でのみ使用するものとし、その使用が済み次第、速やかに番号記載書類を破棄します。

②本連絡票は郵送（原則書留・特定記録等）もしくは窓口にて受付けるものとします。ＦＡＸでのご提出や郵送過程での番号漏洩につきまして当事務組合は責任を負いかねますのでご了承ください。

③個人番号記載に伴う本人確認（本人情報と個人番号の照合）は事業所にて行っていただきます。

④その他ご不明な点につきましてはお問合せください。

＜問合せ先＞袋井商工会議所　経営支援グループ　電話 0538-42-6151

・ご記入いただいた情報は、袋井商工会議所労働保険事務組合の個人情報保護方針に基づき使用させていただきます。