

雇用保険資格喪失届

太枠箇所をご記入後、窓口または郵送（書留）にてご提出ください。

届出日	(西暦) 年 月 日	事業所 雇用保険番号	- -
事業所名称			
従業員氏名フリガナ		退職日 (資格喪失日)	(西暦) 年 月 日
従業員氏名		従業員 電話番号	- -
被保険者番号	-		-
退職従業員 住所	〒 (-)		
退職理由	本人の都合による退職 ・ 会社都合による退職		
具体的な退職理由			
1週間の勤務時間	時間 分	離職票 交付希望(※)	有 ・ 無
賃金締日・支払日	毎月 日締 / (当・翌) 日払	支払形態	月給 / 日給 / 時間給

※有の場合、別紙「給与証明書」をHPからダウンロードしてご記入・ご提出ください。

個人番号（必須）	
----------	--

★**離職票交付希望で退職理由が下記に当てはまる場合は該当する書類を添付してください。**

定年退職	①就業規則等の写し（定年の年齢が分かる箇所のみで構いません）
定年後の再雇用における契約期間満了の退職	①会社規程等の写し（再雇用の期間等条件が記載されているもの） ②退職者と交わした直近の雇用契約書の写し

* 上記以外の理由でも追加書類をお願いする場合がございます。

※ご記入頂いた情報は静岡商工会議所の個人情報保護方針に基づき、労働保険事務の遂行のためご利用させていただきます。

事業所コード（会議所記入）	
従業員コード（会議所記入）	

静岡商工会議所 労働保険事務組合
〒420-0851 静岡市葵区黒金町20-8