

雇用保険資格喪失に係る退社報告書

※太枠内は、すべてご記入ください。（内容の確認のため連絡させていただくことがあります。）

年 月 日

事業所名			連絡先	— —	
			担当者名		
フリガナ		男・女	退社日 (最終在籍日)	令和 年 月 日	
被保険者名	外国人は在留カード（両面）の写し添付		生年月日	(和暦) 年 月 日	
※氏名変更があった方	(旧姓)		変更理由		
			変更日	(和暦) 年 月 日	
退職者住所	〒		TEL：		
賃金形態	1.月給(完全月給) 2.日給月給 3.週給 4.日給 5.時間給 6.その他 ()				
所定労働時間	(1週間) 時間 分	賃金の集計期間		日締め 日払い	
退職理由	(理由を具体的にご記載ください)				
離職票交付希望の有無	有 →下記の該当箇所記入の上、必要書類を添付ください			無	
☐ 定年()歳：就業規則の該当箇所写しを添付(定年後引き続き再雇用する場合喪失手続き不要) 定年後の継続雇用を(希望していた ・ 希望していなかった) ※就業規則で定められた定年日と1日でも異なる場合(賃金締日など)、定年による退職となりません。					
☐ 採用または定年後の再雇用時に予め定められた雇用期限到来による離職：雇用契約書の写し添付					
☐ 契約期間満了日[令和 年 月 日]：最初の契約から退職日までの全ての雇入通知書の写し添付 ・契約を更新又は延長することの確約・合意が(有 ・ 無) ・更新又は延長しない旨の明示が本人へ (有 ・ 無) ※雇用期間3年未満の方のみ選択可 ・本人から契約更新を(希望の申出があった・希望しない申出があった・希望に関する申出がなかった)					
☐ 事業主からの働きかけ ・退職勧奨(事情：) ・解雇 (事情：)により[口頭・文書]にて通告 解雇予告(月 日) ・重責解雇(事情：) →就業規則該当箇所添付					
☐ 離職以外の喪失 ・週所定労働時間が20時間未満になった(会社都合 ・ 本人都合) ・関連会社に移籍・転籍(有休、退職金等を移籍先で[引き継ぐ ・ 引き継がない]) ・役員就任(就任日： 年 月 日) / ・死亡 (死亡日： 年 月 日)					
※船橋商工会議所が記入します。(マイナンバー廃棄日： 月 日 対応者署名)					
マイナンバー (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本報告書は原則郵送・窓口にて受け付けるものとします。 FAXやメール等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一切責任を負いませんのでご了承ください。 ③雇用保険基本手当受給資格は12ヶ月以上(各月11日以上勤務)の加入実績が必要です。 ※過去の加入実績を通算できる場合があります。					
【提出先】 船橋商工会議所 労働保険事務組合 〒273-8511 船橋市本町1-10-10 電話：047-435-8211					