

# 雇用保険資格喪失に係る退社報告書

令和 年 月 日

事業所名	TEL:		
フリガナ			
退職者氏名			
※氏名変更があった方	(旧姓)	(変更理由)	(変更日) 年 月 日
退社年月日	令和	年	月 日
1週間の所定労働時間	時間	分	賃金の計算期間 日締め 日払い
賃金支払い形態	月給	・	日給 ・ 時給 ・ その他
退職理由			
退職者住所	〒		
離職票交付希望の有無	有 (添付資料の提出あり)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 賃金台帳 (13か月分) 必須</li> <li>・ 出勤簿 (13か月分) 必須</li> <li>※期間満了退職の場合、最終雇用契約書 (終了日確認できるもの)</li> <li>※定年退職の場合、就業規則 (定年についてのページ)</li> </ul>	無
<p>※ 退職者が外国籍の場合は、在留カードの写しを貼ってください</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>のりしろ</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>表面</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>裏面</p>  </div> </div>			
<p>※船橋商工会議所が記入します。(マイナンバー廃棄日: 年 月 日 印)</p>			
個人番号(マイナンバー)のご記入をお願いします			

★提出方法は、ご郵送またはご来所のみとさせていただきます。※FAXやメールは不可。

【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