

雇用保険資格喪失連絡通知

事業所名	(会社名) ○ ○ ○ ○								
フリガナ	ナガサキ タロウ			性別					
被保険者名	長崎 太郎			①男 ・ 女					
被保険者の住所	〒 850-8541			電話番号					
	長崎市○○町○番○号			095-822-0111					
生年月日	昭和・平成	60	年	1	月	1	日		
離職年月日	平成・令和	6	年	3	月	31	日		
1週間の所定労働時間	40 時間 0 分								
賃金	①月給 ・ 日給月給 (月給制だが欠勤時、減給となる場合) ・ 日給 ・ 時間給								
賃金締め日	月末	日	賃金支払日	当月・翌月	末	日	払		
離職票交付希望	1. ①有 (送付先: ①本人宛 2. 事業所宛)			2. 無					
*離職票希望有の場合 離職前賃金 (賃金総額月別6ヶ月分)	10月	160,000	円、	11月	160,000	円、	12月	160,000	円
	1月	160,000	円、	2月	160,000	円、	3月	160,000	円
補充採用予定の有無	①有		2. 無						
マイナンバー提出方法	①郵送 (簡易書留)			2. 持参					
離職理由等	① 本人の都合 (一身上の都合) による退職 2. 事業主の都合による解雇 (理由:) 3. 労働者の責めに帰すべき重大な理由による解雇 4. 事業主の勧奨等による任意退職 (希望退職等) 5. 定年 (歳) ・ 契約期間満了等によるもの 6. 事業所の倒産等によるもの 7. 職場における事情により離職 (労働者の判断によるもの) 8. その他 (理由:)								

年 月 日

〒 850-8541

住 所

長崎市桜町4番1号

事業所名

○○○○社

代表者名

長崎 一郎

担当者名

長崎 花子

電話番号

(095) 123 - 4567

* 離職票の作成には6ヶ月分の賃金台帳確認の他、離職前12ヶ月分の出勤簿、又は出勤タイムカードが必要です。

* 離職理由により必要な書類等が異なりますので、事前にご確認下さい。

* FAXにてご連絡の場合は、着信の確認のため長崎商工会議所労働保険事務組合 (TEL: 095-822-0111) 迄必ずお電話下さい。

事務組合記入欄	(受付)	年 月 日	(担当)
---------	------	-------	------