

# 雇用保険被保険者異動届(喪失用) ( / 枚目)

従業員が退職された等雇用保険を喪失される場合は本届にてお知らせください

労働保険事務組合 松江商工会議所 御中  
〒690-0886  
松江市母衣町 55-4  
TEL0852-32-0503

令和 年 月 日

住 所〒	
事業所名	
代表者名	印
T E L	
担当者名	

◆下記の通り異動がありましたので提出いたします

個人番号									
被保険者氏名(フリガナ)					性別		生年月日		
-----					男・女		S・H 年 月 日		
被保険者の現住所									
〒									
喪失年月日			賃金形態			一週間の所定労働時間			
R 年 月 日			月給・週給・日給・時給			時間/週			
喪失理由(※①)									
本人都合 ・ 会社都合 ・ 定年退職 ・ 契約期間満了 ・ その他( )									
賃金締日		賃金支払日			離職票希望(※②)				
日		当月・翌月 日			あり・なし				

<添付書類>本届とともに必ず提出してください

- 労働者名簿の写し(離職日・離職理由明記。離職理由は具体的に記入ください)
- ※①離職理由が「定年退職」の場合は就業規則、「契約期間満了」の場合は雇用契約書の写し
- ※②離職票希望が「あり」の場合は離職日から遡って7か月分の賃金台帳および13か月分のタイムカードまたは出勤簿の写し
- ※③在留カードをお持ちの方は、在留カード両面の写し

本届は普通郵便、FAXでは送信できません。窓口までの持参もしくは郵送の場合は書留、特定記録郵便等を利用してください