

雇用保険 被保険者連絡票(資格喪失用)

所在地 〒 _____ - _____

ゴム印可

名称

事業主名

(TEL)

(FAX)

事業所番号		- -		被保険者(本人)のマイナンバーを必ずご記入ください 安定所に提出後、直ちに適正な廃棄を致します
被保険者	フリガナ 氏名	男*女		
	住所	〒 _____ - _____ TEL _____		
	生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	雇用形態	常勤*パート*契約社員*その他(_____)		
	賃金形態	月給*日給*時間給*その他(_____)		
	所定労働時間	時間 _____ 分 / 1週間		
	被保険者番号	- -		
	離職日(最終日)	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
	喪失原因	1. ☐ 事業所の倒産等によるもの 2. ☐ 定年、契約期間満了等によるもの 3. ☐ 事業主からの働きかけによるもの(解雇) 4. ☐ 事業主からの働きかけによるもの(勧奨) 5. 労働者の判断によるもの ☐ 職場における事情に起因する離職 ☐ 労働者の個人的な事情に起因する離職 - いずれの場合も理由を具体的に - [_____]		
	離職票	必要*不要	・必要の方は、 出勤日11日以上が7ヶ月分に 達するまで遡った全ての賃金明細書と、 出勤日11日以上が13ヶ月分に 達するまで遡った全ての出勤簿を要添付。 ・不要の場合でも離職日より2カ月以上経過して からご連絡いただく場合、最終日のタイムカード の添付が必要です	
退職届	有*無	喪失原因が自己都合の場合は提出して下さい。 口頭の時は意志確認の日付(H _____ . _____ . _____)		
賃金	毎月 _____ 日締 _____ 日支払			
手続き後書類の送付先		診療所 * 本人		

送付先：〒460-0002

名古屋市中区丸の内3-5-18

愛知県歯科医師協同組合

TEL：052-962-7617

FAX：052-962-3691

普通郵便でも受理しますが、
個人情報の漏えい等防止のため、
できるだけ簡易書留など追跡可能な郵便制度利用か、
手渡しをお願いします。

以下 愛歯協記載欄

特定個人情報等の取扱記録及び管理

マイナンバー 取得日①	担当	特定個人情報の 利用及び持出	廃棄日②	保管期間 保管場所
		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日に 雇用保険被保険者資格 喪失届作成、同日 公共職業安定所に提出		①～②