事務様式第２号

令和　　年　　月　　日

沼津商工会議所
労働保険事務組合　御中

事業所名
住　　所　　印
電話番号
（担当者　　TEL　　）

②　雇 用 保 険 資 格 喪 失 届

被保険者名			
被保険者住所	〒　　TEL		
生年月日	T・S・H　　年　　月　　日		
退職年月日	平成　・　令和　　年　　月　　日		
退職理由	自己都合　　理由		
	会社都合　　理由		
離職票の有無	い る　・　いらない （※どちらかに○印を付けて下さい。） 「いる」場合は、離職日以前 **７ヶ月分**の賃金台帳 および **１３ヶ月分**の出勤簿 を添付して下さい。（完全月給制の方は出勤簿の提出は不要です。）		
賃金形態	月給 ・ 日給 ・ 時間給	**基礎日数**　　日	
賃金締切日	毎月　　日	欠勤控除（有 ・ 無）	皆勤手当（有 ・ 無）
１週間の労働時間	時間　　分	補充採用予定の有無（上記被保険者の喪失にあたり、新規採用の予定）　有　・　無	
備考			

沼津商工会議所 労働保険事務組合
〒410-0046　沼津市米山町６－５　TEL 921-1000　FAX 受付不可

【マイナンバー記入欄】

個人番号											