

雇用保険・資格喪失届（退職の場合）

FAX 028-637-3110

労働保険事務組合 宇都宮商工会議所

事業所名	↓※※必ず記入してください。		
フリガナ 被保険者氏名	男・女	個人番号（マイナンバー）12ケタ 	
退職年月日	年 月 日	補充予定の有無（どちらかに○を）	
退職理由		有 無	
週平均労働（契約）時間	取得（入社）時（ ）時間 / 退職時（ ）時間		
本人の住所	〒 住所 電話（ ）（ ）（ ）		
賃金の支払	締切日	日	支払日 当月・翌月 日
	月 給 ・ 日 給 ・ 時 給		
離職票	必要・不要	離職票・資格喪失確認通知書の送付先 本人宅 ・ 事業所（どちらかに○を）	
	「必要」とする場合の留意事項 1) 自己都合退職の場合は、退職届（退職事由入りが好ましい）の写し。 2) 失業給付を受けるには、原則、離職以前2年間に11日以上のある月の賃金支払基礎日数＝労働日数（含む有給日数）のある月が12か月（ただし、倒産・解雇等の場合の特定受給資格者や期間の定めのある労働契約が更新されなかったことその他やむを得ない理由により離職した特定理由離職者は、離職以前1年間に11日以上のある月の賃金支払基礎日数6か月あれば申請可）が必要です。 3) 日給・時給の場合は、出勤簿かタイムカードの（写）が必要です。但し、退職日と賃金締切日が同一の場合は、労働日数（含む有給日数）11日以上のある月を12か月分記入してください。退職日と賃金締切日が異なる場合は、13か月分記入してください。 4) 解雇の場合は、予告通知書の写し又は解雇予告（少なくとも30日前）通告年月日。（予告（通告）年月日＝平成 年 月 日）		
賃金支払状況	（離職票不要のときは以下、記入不要）		
賃金支払基礎日数	年 月(日) 円		
が11日以上ある月を	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円
13か月分（11日以	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円
下の月も含めて連続	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円
で）記入してください。	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円
足りないときは用紙	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円
を二枚ご使用下さい。	年 月(日) 円	年 月(日) 円	円

* 割増手当、家族手当、通勤費も賃金に含まれます。忘れずにお願いします。

電話028-637-3131 FAX.028-637-3110※ 担当：地域振興部 労働保険担当

※誤送信防止の為、可能な限りFAX機へ番号登録を行い、送信後は、受信確認のお電話をお願いします。