

## 雇用保険・社会保険手続きシート(喪失用)(※ファックス可)

社名	御中
TEL	_____
FAX	_____



〒 700 - 0927	岡山市 北区 西古松 2-2-8
	ラポルト大元駅前 202
	<b>コモンズ社会保険労務士事務所</b>
	TEI 086-805-8550
	FAX 086-243-4067

① 該当に○をつけてください。

喪失する保険	雇用保険 ・ 社会保険	両方	記入日 令和 年 月 日
喪失する理由	退職 ・ 条件を満たさなくなった	・ その他( )	

②

ふりがな				性別
氏名				男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	退職時の理由	1:自己都合 2:その他 ( )	
喪失日又は退職日	令和 年 月 日	※ 自己都合退職以外の場合は、理由を( )内にご記入ください。 <small>※社会保険の資格喪失日は退職日の翌日となります。</small>		

③ 退職の場合、退職者様のご住所ご記入下さい。

郵便番号	〒 _____
住所	_____
電話番号	_____

④ 必要書類等

離職証明書を発行する場合	社会保険喪失の場合
<input type="checkbox"/> 賃金台帳(6ヶ月以上) <input type="checkbox"/> 出勤簿・タイムカードの写し(12ヶ月以上) ※ メールもしくはFAXにてお送りください。	<input type="checkbox"/> 健康保険者証 ※ 被扶養者分も含む 全員分 をご送付ください。

⑤ その他の連絡事項

※健康保険証は退職されると使用できなくなります。必ず回収していただきますようご協力お願い致します。
---