

記載例

労働保険被保険者資格喪失届

No. _____

平成27年 4月 6日

診療所名	住所	連絡先	会員名
宮城仙台歯科医院	〒980-0803 仙台市青葉区国分町1-5-1	電話 022-222-5960 FAX 022-225-4843	宮齒 太郎 印

ふりがな 従業員氏名	退職（離職）年月日	住所	離職票の有無 従業員に確認して下さい。	離職理由 (具体的事情も記入して下さい。)
ミヤシ ハナコ 宮齒 花子	平成27年 3月 20日 給与締め日の退職は タイムカード提出不要	〒980-0893 仙台市青葉区青空 2丁目1番1号 電話 090-9999-8888	本人に離職票の 有無確認 必要 ・不要	自己都合・事業主勧奨・解雇 理由（結婚・転職・人員整理等） 事業主勧奨・解雇は退職届は不要
センシ ハナコ 仙齒 花子	給与締め日前後の退職は タイムカード提出必要 平成27年 3月 25日 退職月と翌月分まで必要 (半年以内は就職時点 から必要です。)	〒980-0893 仙台市青葉区青空 2丁目1番1号 電話 090-9999-8888	必要 ・不要	自己都合・事業主勧奨・解雇 理由（結婚・転職・人員整理等） 自己都合は退職届が必要

賃金締日	20 日	賃金支払日	25 日	1週間の所定労働時間	40 時間 00 分	← 必ずご記入して下さい。
------	------	-------	------	------------	------------	---------------

◎離職票作成に必要な書類（コピー）

	1. 賃金台帳	2. タイムカード	3. 退職届（願）
一般被保険者	退職日～概ね13ヶ月分（毎月11日以上出勤している場合）	日割り（欠勤控除）で支給された月分	要
短時間被保険者	退職日～概ね13ヶ月分（毎月11日以上出勤している場合）	退職日～概ね13ヶ月分	要

労働保険被保険者資格喪失届

No. _____

平成 年 月 日

診療所名	住所	連絡先	会員名
	〒 -	電話 - - FAX - -	Ⓜ

ふりがな 従業員氏名	退職（離職）年月日	住所	離職票の有無 従業員に確認して下さい。	離職理由 （具体的事情も記入して下さい。）
	平成 年 月 日	〒 - 電話 - -	必要・不要	自己都合・事業主勧奨・解雇 理由（結婚・転職・人員整理等）
	平成 年 月 日	〒 - 電話 - -	必要・不要	自己都合・事業主勧奨・解雇 理由（結婚・転職・人員整理等）

賃金締日	日	賃金支払日	日	1週間の所定労働時間	時間 分	← 必ずご記入して下さい。
------	---	-------	---	------------	------	---------------

◎離職票作成に必要な書類（コピー）

	1. 賃金台帳	2. タイムカード	3. 退職届（願）
一般被保険者	退職日～概ね13ヶ月分（毎月11日以上出勤している場合）	日割り（欠勤控除）で支給された月分	要
短時間被保険者	退職日～概ね13ヶ月分（毎月11日以上出勤している場合）	退職日～概ね13ヶ月分	要