

雇用保険被保険者資格喪失届光ディスク等提出用総括票

(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

1. 事業所名	フリガナ												
2. 事業所番号													
3. 届出年月日	令和 年 月 日												
4. 届出被保険者数	人												
届出被保険者氏名	別紙のとおり												
5. 離職年月日	令和 年 月 日												
6. 1週間の所定労働時間	時間 分												

備 考 欄	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	在留カードの番号※1	※2 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	在留カードの番号※1	※2 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	在留カードの番号※1	※2 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	在留カードの番号※1	※2 <input type="checkbox"/>
	氏名(ローマ字)	国籍・地域	在留資格	在留期間 西暦 年 月 日まで	在留カードの番号※1	※2 <input type="checkbox"/>
その他						
※1 在留カードの右上に記載されている12桁の英数字 ※2 派遣・請負労働者として主として1以外の事業所で就労する場合						

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

事業主 住所  
氏名  
電話番号

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示			氏名	電話番号

備 考					
	確認通知 令和 年 月 日				

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者
---	--------	--------	--------	--------	---	-------------