

ご記入の上このまま FAX ください

FAX 06-6568-7093

雇用保険届出票 (退職者・資格喪失のみ)

枝番 -

0-

-

医院名	担当者		
院長名 (会員名)	TEL	FAX	

ふりがな	退職日(離職日) (資格喪失日)	令和	年	月	日
退職者氏名 (資格喪失者)	退職時の1週間の所定労働時間				時間

退職者住所 (資格喪失者)	〒 -	(*必須)電話番号	-	-
------------------	-----	-----------	---	---

退職理由 (資格喪失) ※いずれかに○ をしてください	本人都合	転職・転居・結婚・出産・週20時間未満の就労になる為・その他()
	医院都合	解雇・退職勧奨(具体的理由) () 週20時間未満の就労になる為・その他()

下記のマイナンバー欄のいずれかに必ずチェックをしてください(雇用保険取得時に当組合へ提供されている場合、提供は不要です)

マイナンバー (個人番号)	<input type="checkbox"/> 提供しない—※本人から提供がなくても本人及び事業所に不利益はありません
	<input type="checkbox"/> 提供する—※別途マイナンバー届出書を特定記録郵便でお送りください ・ <input type="checkbox"/> 取得時に提供済み

マイナンバー(個人番号)について

マイナンバーを提供する場合は、別途マイナンバー届出書を特定記録郵便でお送りください
(マイナンバー届出書が入用の場合は組合へお問い合わせください)

届出票が組合に届いてから1週間以内にマイナンバー届出書の送付がない場合は、再度確認のご連絡をいたします
※従業員はマイナンバーの提供を拒んでも、ご本人及び事業所に不利益はございません

失業給付受給 離職票の発行	希望しない・希望する → 希望するときは下欄の給与欄などにすべてご記入ください ※どちらかに○をしてください 《離職票発行を希望する方には、直接「離職票」を郵送いたします》
------------------	---

最後に支払うべき月からさかのぼって7カ月間の給与月額(交通費・諸手当を含む税金・保険料控除前の総支給額。賞与・退職金・年末調整を除く)をご記入ください。

<出勤日数>*時給制の場合…出勤日数を13カ月分ご記入ください。(有給分も出勤日数に含めてください)

*月給制の場合…出勤日数の記入は不要ですが、欠勤分を基本給から減給している場合は欠勤日数をご記入ください。

最終賃金発生月	出勤	直近の毎月給与締切日～退職日	給与締切日	毎月 日締め	時給・月給
月分	日	円			※どちらかに○をして下さい
月分	日	円	時給制の場合 ↓	は出勤日数を合計13カ月分になるよう ご記入ください	
月分	日	円	月分	日	月分 日
月分	日	円	月分	日	月分 日
月分	日	円	月分	日	月分 日
月分	日	円	通信欄/毎月の給与月額に著しく変動がある場合は、変動の理由などを具体的に記入ください		
月分	日	円			

失業給付受給要件は『離職直前の2年間で賃金支払い基礎日数11日以上完全月が12カ月以上あること』

- ・『解雇』『やむを得ない理由による』『期間の定めのある労働契約が更新されなかったこと』等の場合、失業給付の受給要件は『離職日以前の1年間に賃金支払い基礎日数11日以上完全月が6カ月以上あること』
- ・本票をご記入のうえで上記の要件を満たさない場合はご連絡ください。追加別紙お送りいたします。

※氏名変更があった場合ご記入ください(氏名変更の手続きも同時にいたします)

ふりがな	ふりがな	氏名変更年月日
変更前の氏名	変更後の氏名	年 月 日

FAX 06-6568-7093

大阪府保険医協同組合 担当: 森田 TEL06-6568-2741