

雇用保険被保険者資格喪失確認書

※ 離職票作成希望の有無に○を付けてください。

離職票 ・有り
 ・無し

医 院 名 事 業 主 名	印
フリガナ	
喪失者氏名	
フリガナ	
変更前の氏名	
氏名変更年月日	
喪失年月日	(週 20 時間未満になった日の前日)
本人控の送付先 喪失者の住所 又は居所	〒 TEL () -
喪失理由 ※「1.」「2.」のいずれかに○を付け、理由をご記入願います。	1. 本人都合 理由： 2. 事業主都合 理由：
毎月の賃金締切日	毎月 日締 日払
喪失時の1週間の 所定労働時間	1 週 時間 分

本人確認欄

上記、記載内容を確認し、この喪失理由に意義ありません。

資格喪失者氏名 _____ 印

※必ずご本人に確認の上、押印願います。