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. 本人都合 理由： ※「1.」「2.」のいずれかに○を付け、理由をご記入願います。 2. 事業主都合 理由：	
毎月の賃金締切日	毎月 日締 当月・翌月 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。