

組 合 員 コ ー ド	—
----------------	---

承 認 欄	担当者

雇 用 保 険 被 保 険 者 資 格 喪 失 届

氏 名 (フ リ ガ ナ)					退 職 年 月 日							
					年 月 日							
個 人 番 号 (マイナンバー)												
住 所	〒 — TEL () —											
離 職 理 由 (明 確 に)												
離職票交付の希望の 有・無 (いずれかに○)					有 ・ 無							
離職票交付の希望の (有)の場合は賃金締日を記入					毎 月 日締							
一 週 間 の 所 定 労 働 時 間					時間 分							
補 充 採 用 予 定 の 有・無 (いずれかに○)					有 ・ 無							

※離職票有の場合は、退職日より遡って一年分の賃金台帳及び出勤簿の写しを添付して下さい。

上記のとおりお届けいたします。

年 月 日

いわて医師協同組合
労働保険事務組合理事長 殿

〒 — TEL () —

所 在 地

事業所の名称

事業主の氏名