

# 被保険者喪失届

事業所名	
担当者名	電話番号
メールアドレス	

フリガナ		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭和 平成	年 月 日
現住所	〒	
離職年月日 (最終在籍日)	令和	年 月 日
離職理由 (できる限り詳しく)		
一週間の所定労働時間	時間	分
離職票の交付	交付希望	あり ・ なし

※交付希望ありの場合 賃金締日 日、支払日 日

離職票を希望される方については

賃金台帳(写し) 12か月分以上(65歳以上、会社都合の方は7ヶ月分)  
 出勤簿(写し)12か月分以上、退職理由が確認できる書類(退職届等)  
 が必要です

送付先 公益社団法人宮城労働基準協会仙台支部  
 〒980-0811 仙台市青葉区一番町二丁目5-22  
 GC青葉通りプラザ6階  
 ☎ 022-262-2150  
 FAX 022-262-2123

..... キ リ ト リ .....

個人番号 (マイナンバー)																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

個人番号は必要な手続きが終了次第、廃棄します