

退社手続依頼書 (FAX送信用紙)

年 月 日

池田社労士事務所 行

会社名(ゴム印)

- 雇用保険資格喪失手続
- 健康保険・厚生年金保険資格喪失手続

記

フリガナ	
氏名	
住所	〒
退職年月日	年 月 日 (喪失日はその翌日となります。)
退職理由	(具体的にお願いします。)
健康保険任意継続	有 ・ 無
離職票	必要 ・ 不要
健康保険資格喪失証明書	必要 ・ 不要

用意していただくもの

- 健康保険者証 個人番号(マイナンバー)
- 離職票が必要な場合 → 賃金台帳(最後の支給から過去7ヵ月分)
 出勤簿またはタイムカード(最後の支給から過去13ヵ月分)
- 退職理由のわかるもの → 退職届 ・ 解雇予告通知書 etc
- 外国人の場合は、在留カードの写し

※ 自己の都合による退職等は、本人様より退職届を頂くようお願い致します。

※ 不明な点などございましたら、弊社事務所までご連絡ください。

池田社労士事務所

TEL 092-409-9911

FAX 092-409-9915

備考