平成　　年　　月　　日

雇用保険被保険者　離職票請求書

ご記入にあたって

- マイナンバー欄の下４桁（※印）は記入しないでください、別途電話等で確認いたします。
- 賃金額は控除前の**総支給額**（各手当、交通費等を含む）とし、賞与等一時的なものは除きます。
- 賃金支払基礎日数は、月給者は歴日数（欠勤控除日を除く）、日給・時給者は出勤日数（有給休暇含む）を記入してください。
- 離職理由が自己都合の際は退職願の写しを、解雇の際は解雇予告通知書の写しを添付してください。

被保険者番号	－　－	(フリガナ) 離職者氏名	1．男 2．女
マイナンバー	－　－ ※ ※ ※ ※		
事業所番号	－　－	給与区分	1．月給　2．日給　3．時給
		賃金締切日	日
事業所名称 所在地 電話番号		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
		取得日	昭和 平成　　年　　月　　日
		離職日	平成　　年　　月　　日
離職者の 住所、又は居所	〒	送付先 (左記以外に送付を希望する際)	〒

離職理由	**1. 自己都合　2. 事業主からの働きかけ**（ ①解雇⇒(イ)予告済(ロ)手当支給済 ②退職勧奨 ③重責解雇 ④その他(　　)） **3. 契約期間満了⇒**雇用契約書を添付　**4. 定年⇒**定年について記載された就業規則等の写しを添付 **5. その他**(　　)

賃金支払対象期間 (賃金締切日に基づく)	賃金支払 基礎日数	賃金額 (総支給額)	**日給・時給**者は、別途 離職日から遡った一ヶ月毎の労働日数	備考
月　日 ～　離職日	日		月　日 ～　離職日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	
月　日 ～　月　日	日		月　日 ～　月　日　日	

上記の記載内容は、事実と相違ないことを確認し、離職票を請求します。

平成　　年　　月　　日　　事業主氏名　　㊞

東京食品福祉厚生事業団
Tel/03-3404-0119
Fax/03-5411-1871
mail/jigyodan01@toshoku.or.jp

確認印	入力者印	担当者印