

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ケタは、別途電話、E-mail等でお知らせください。
- 賃金額は控除前の総支給額(各手当、有給休暇、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、月給者は暦日数(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)			性別
マイナンバー	-			離職者氏名			
事業所番号				給与区分	月給・時給・日給	賃金締切日	日
事業所名称				生年月日			
所在地				取得日			
電話 / FAX	/			離職日			
離職者の住所、又は居所	〒			送付先	〒		
離職理由							
A. 退職日から遡った期間	賃金支払基礎日数	B. 賃金締日から遡った期間	賃金支払基礎日数	賃金額(総支給額)	備考		
～ 離職日	日	～ 離職日	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	日	～	日				
～	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。							
令和 年 月 日	事業主氏名						

東京食品福祉厚生事業団

Tel/03-5828-7200

Fax/03-5828-7203

確認印	入力者印	担当者印