

雇用保険被保険者資格喪失届

標準字体 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
(必ず第2面の注意事項を読んでから記載してください。)

個人番号登録あり

級別

14103

1. 被保険者番号

1111-22222-3

2. 事業所番号

0401-113187-5

3. 資格取得年月日

5-020401

2. 離職年月日 (元号 4 平成 5 令和)

5-030331

3. 喪失原因

2

4. 離職票交付希望

1

5. 週間の所定労働時間

3845

6. 補充採用予定の有無

(空白 無)

9. 新氏名

フリガナ (カタカナ)

10. 個人番号

11. 喪失時被保険者種別

(3 第1種)

12. 種別・地域コード

(17欄に対応するコードを記入)

13. 登録資格コード

(18欄に対応するコードを記入)

被保険者氏名	性別	生年月日	取得時被保険者種別	取得年月日	資格喪失所番号	雇用形態
ミナギ タロウ	男	4-010416	一般		04010	有期契約労働者
資格取得年月日現在(1)適用の所定労働時間			事業所名称略称			
			宮城県仙台教育事務所			
被保険者の住所又は居所		7 仙台市〇〇区〇〇町〇丁目〇-〇〇				
被保険者でなくなったことの原因及び被保険者氏名変更があった場合は氏名変更年月日		8 任用期間満了のため				

雇用保険法施行規則第7条第1項の規定により、上記のとおり届けます。

9 令和 年 月 日

住所 10

仙台市青葉区境通南町4番17号

記名押印又は署名

事業主氏名

宮城県仙台教育事務所 所長

印

電話番号

022-275-9260

11 仙台 公共職業安定所長 殿

所長	次長	課長	係長	係	操作者

社会保険労務士 記名欄	氏名	電話番号

- ① 二段書きで「氏名変更届」と記載されている様式の場合は「氏名変更届」の文字を二重線で抹消する。
- ② 離職年月日 任用終了年月日を記載する。(健康保険とは違い、翌日ではないので注意してください。)
- ③ 喪失原因「2」と記載する。
- ④ 離職票交付希望 希望有りの場合は「1」と記載する。希望無しの場合は「2」と記載し、離職票交付に係る申立書を添付する。
- ⑤ 1週間の所定労働時間 再任用フルタイム職員であれば38時間45分、心のケア支援員であれば29時間00分と記載する。
- ⑥ 「無」のため空白。
- ⑦ 被保険者の住所または居所 離職者の住所を記入する。
- ⑧ 被保険者でなくなったことの原因または氏名変更年月日 離職理由によって以下のように記入してください。
ア 任用期間満了の場合・・・任用期間満了のため。
イ 任用期間満了前の退職願による場合・・・自己都合によるもの。
- ⑨ 空白で提出。
- ⑩ 事業主住所等 記入していただくと助かります。年度の切り替わり時期は、所長が異動となる場合もありますので、所長氏名は空欄でお願いします。
- ⑪ 提出宛名「仙台」と公共職業安定所長 殿 の前に記載してください。

※新氏名や個人番号は記入不要です。

この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。

この用紙は、このまま機械で処理しますので、汚さないようにしてください。