

### 雇用保険被保険者資格喪失届事務処理連絡票(1)

令和 年 月 日

事業所名			
事業所所在地	〒	事業所TEL	
(フリガナ) 被保険者氏名		生年月日	S/H 年 月 日
被保険者住所	〒	被保険者 TEL	
退職年月日	令和 年 月 日	離職票	1. 必要 2. 不必要

所定労働時間 1週間( 時間 分)

離職理由 事業主の方は、離職者の主たる離職理由が該当する理由を一つ選択し、下の具体的事情記載欄に具体的事情を記載してください。

**1 事業所の倒産等によるもの**

- (1)倒産手続開始、手形取引停止による離職
- (2)事業所の廃止又は事業活動停止後事業再開の見込みがないため離職

**2 定年、労働契約期間満了等によるもの**

- (1)定年による離職(定年 歳)
- (2)採用又は定年後の再雇用時等にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職
- (3)労働契約期間満了による離職

①一般労働者派遣事業に雇用される派遣労働者のうち常時雇用される労働者以外の者  
(1回の契約期間 箇月、通算契約期間 箇月、契約更新回数 回)  
(契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無))

労働者からの契約の更新又は延長 { 希望する旨の申出があった  
希望しない旨の申出があった  
の希望に関する申出はなかった

- a. 労働者が適用基準に該当する派遣就業の指示を拒否したことによる場合
- b. 事業主が適用基準に該当する派遣就業の指示を行わなかったことによる場合(指示した派遣就業が取りやめになったことによる場合を含む)

(aに該当する場合は、更に下記の4のうち、該当する主たる離職理由を更に1つ選択し、○印を記入してください。該当するものがない場合は下記の5に○印を記入した上、具体的な理由を記載してください。)

②上記①以外の労働者

(1回の契約期間 箇月、通算契約期間 箇月、契約更新回数 回)  
(契約を更新又は延長することの確約・合意の有・無(更新又は延長しない旨の明示の有・無))  
(直前の契約更新時に雇止め通知の有・無)

労働者からの契約の更新又は延長 { 希望する旨の申出があった  
希望しない旨の申出があった  
の希望に関する申出はなかった

- (4)早期退職優遇制度、選択定年制度等により離職
- (5)移籍出向

**3 事業主からの働きかけによるもの**

- (1)解雇(重責解雇を除く)
- (2)重責解雇(労働者の責めに帰すべき重大な理由による解雇)
- (3)希望退職の募集又は退職勧奨
- ①事業の縮小又は一部休業に伴う人員整理を行うためのもの
- ②その他(理由を具体的に )

**4 労働者の判断によるもの**

- (1)職場における事情による離職
- ①労働条件に係る重大な問題(賃金低下、賃金遅配、過度な時間外労働、採用条件との相違等)があったと労働者が判断したため
- ②就業環境に係る重大な問題(故意の排斥、嫌がらせ等)があったと労働者が判断したため
- ③事業所での大規模な人員整理があったことを考慮した離職
- ④職種転換等に適応することが困難であったため(教育訓練の有・無)
- ⑤事業所移転により通勤困難となった(なる)ため(旧(新)所在地: )
- ⑥その他(理由を具体的に )
- (2)労働者の個人的な事情による離職(一身上の都合、転職希望等)
- 5 その他(1~4のいずれにも該当しない場合)  
(理由を具体的に )

**○具体的事情記載欄 (できるだけ詳しくご記入ください。)**

※マイナンバー取得のための提供書もご提出ください。提供書はFAXでは送信しないでください。必ず郵送にてご提出ください。※

## 雇用保険被保険者資格喪失届事務処理連絡票(2)

※離職票が必要な場合、ご記入いただき、下記書類とともにご提出をお願いします。

賃 金	支払形態	1. 月給	2. 週給	3. 日給	4. 時間給	5. その他
	対象期間	日開始		日締め		
過去13ヶ月間の賃金額		※勤務期間が1年未満の場合は全期間				
被保険者期間算定対象期間			賃金支払対象期間			
離職日から1ヶ月ずつ遡る		賃金支払 基礎日数	賃金締切日から1ヶ月ずつ遡る		基礎日数	賃金額
月 日 ~ 離職日	日	月 日 ~ 離職日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円
月 日 ~ 月 日	日	月 日 ~ 月 日	日			円

※短時間労働者の方 一週間 時間

### ◆必要書類等◆

- ①出勤簿(タイムカード等)  
②賃金台帳(給与明細等)
- } 離職日より遡って13ヶ月分についてご提出ください。
- ③自己都合退職の場合は退職願等(本人自筆署名のあるもの)  
④会社都合の場合は退職証明書等

労働保険事務組合大津商工会議所 〒520-0806 大津市打出浜2-1 コラボしが21 9F  
TEL:077-511-1500 FAX:077-526-0795 担当:石川

### 【失業等給付を受ける要件】

(1)被保険者期間が以下の期間であること。

被保険者区分に関係なく、原則として離職の日以前2年間に被保険者期間が12ヶ月以上あること。

ただし、倒産・解雇等により離職された方については、離職の日以前1年間に被保険者期間が6ヶ月以上あること、または、離職の日以前2年間に被保険者期間が12ヶ月以上あること。この場合の「1ヶ月」は、離職の日の翌日からさかのぼって1ヶ月ごとに区切り、その1ヶ月間に働いた日が11日以上ある月をいいます。1ヶ月未満の期間については算定しません。

(2)ハローワークに求職の申込みをしていること。

(3)失業状態にあり、就職する意思と能力があること。