（2018.5～マイナンバー対応版）　　年　月　日

雇用保険離職者報告書

（離職した日の翌日から10日以内に提出してください）

枝番	

フリガナ 離職者氏名		離職年月日 （脱退）	年　月　日
住　所	〒 TEL	生年月日 （和暦）	昭和 平成　年　月　日
マイナンバー （12桁）	【　－　－　】		
	＊ 必ずマイナンバーを記入してください		
離職理由 （脱退）	（イ）本人都合　（ロ）事業主都合　（ハ）その他（　） （ニ）加入資格に満たないため〈 ①本人都合 ・ ②事業主都合 〉 （ホ）定年《添付書類として就業規則のコピーが必要になります》 （ヘ）労働契約満了《添付書類として雇用契約書のコピーが必要になります》		

上記退職者の手続きについて１か２の番号に○印をつけて下さい。

１．資格喪失のみ届出する（退職後就職などが決まっている場合）　【週の労働時間】:（　時間）

２．雇用保険の給付を受けたいので「離職票」の発行手続きを希望する

※お手続き完了後、離職票は、幣組合から離職者へ原則直接送付させていただきます

受給の資格要件･･･働く意志があり、雇用保険の加入期間が12ケ月以上の場合

提出書類＝本報告書と**被保険者離職証明書**（離職理由をご記入いただき、退職者本人のご署名、ご捺印が必要です（**ご連絡いただければ用紙をお送りします**）

退職者が時給・日給の方の場合、タイムカード写しを13ヶ月分添付して送付下さい

※ 退職日以前７ケ月間の**賃金総支給額（交通費を含む）**を記入下さい

※賃金総支給額とは、社会保険料や税金を天引きする前の支給額のことです

	賃金総支給額	欠勤日数
月	，　円	日
月	，　円	日
月	，　円	日
月	，　円	日
月	，　円	日
月	，　円	日
月	，　円	日

※欠勤を有給休暇で消化した場合、欠勤日数は0日です

【賃金〆切日】（　日）

【給与形態】:（月給 ・ 時給 ・ 日給）

【週の労働時間】:（　時間）

注意：賞与、退職金、恩恵的な金額は除く

※給付を受けなくても「離職票」の発行は出来ますので、２の項目をご記入の上、依頼して下さい

雇用保険加入者氏名変更報告書

フリガナ 旧　氏　名		フリガナ 新　氏　名	
		変更年月日	年　月　日

住　所
診療所名
事業主名
電　話

印

ご担当者様

ご連絡先

※マイナンバー記載の報告書は、細心の注意を払って送信してください

万一、誤送信等があっても、当組合は責任を負いかねますので、ご了承下さい

大阪府医師協同組合　共済課　行　**FAX　06-6768-1211**