

■退職者連絡票■

早稲田社労士事務所宛

FAX:03-6459-6826

御社名			
フリガナ			性別 男・女
氏名			
住所	〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 電話: _____		
生年月日	年 月 日	加入保険	両保険・社保のみ・雇用のみ
マイナンバー			
退職日	年 月 日		
退職理由	自己都合 ・ 会社都合 ・ 契約期間満了 ・ 定年 ・ その他 ()		
離職票の作成	不要 ・ 必要 → 下記 給与額の欄への記入をお願い致します		
離職票・資格喪失確認通知書の送付先※	会社 ・ 本人自宅		※離職票不要の場合もご記入ください (雇用保険の資格喪失確認通知書などご本人にお渡しする書類がある為)
給与額	月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日) 月分 ¥ _____ (日)		
備考	*健康保険加入者をご退職の場合は、健康保険証(家族分含む)を必ずご返却下さい。 *時間給の方については、タイムカードまたは出勤簿(写)をお願いすることがあります。		

*交通費、残業代等含めた総支給額をご記入下さい。(退職前12ヶ月分)

* () 内には
 { 月給者 → 欠勤日数
 { 時給者 → 実働日数
 をご記入下さい。