

貴社名 _____

平成 年 月 日

社会保険・雇用保険 資格喪失連絡票

(フリガナ) 氏 名											性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和 平成	年	月	日	扶養 (子や 配偶者 等)	有 ・ 無		↓ 「有」の場合、 保険証の返却が必要です。				
退職日	平成	年	月	日								
(フリガナ) 現 住 所	(〒 -) (TEL: - -)											

	健康保険・厚生年金	雇用保険
喪 失 理 由	死亡 70歳喪失 上記以外	離職以外の理由 事業主の都合による離職 事業主の都合による離職以外の離職
離 職 票		要 ・ 不要
被保険者で なくなったこと の 原因		一身上の都合 上記以外(詳細にご記入ください)

手続きに必要な書類

退職願コピー

健康保険喪失の場合:健康保険被保険者証 (扶養となっていたご家族分も含みます)

離職票が必要な場合:離職前13か月分の出勤簿・離職前7か月分の賃金台帳

(状況により、必要期間が変更となる場合があります。ご了承ください。)

< FAX送付先 > 成迫社会保険労務士法人 松本事務所:0263-38-7301
長野事務所:026-291-4163