

事業所名		事業所番号	—	—
被保険者名(ふりがな)	()	被保険者番号	—	—
資格喪失の具体的事情		離職(退職)年月日	年	月 日
被保険者の住所	〒 TEL			

離職日の翌日 月 日					一週間所定労働時間				賃金額			備考
被保険者算定対象期間					賃金支払対象期間				賃金額			備考
月日 ~ 月日		短特月	基礎日数	月日 ~ 月日		基礎日数	A	B	計		備考	
1	離職日		離職月	離職日								
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												

※被保険者の個人番号(マイナンバー)は、職員が口頭で確認いたします