労　働　保　険　報　告　書　2

［雇用保険資格喪失手続］

1. 氏　　名	
2. 住　　所	〒
3. 電話番号	（　　）　　－
4. 離職年月日	令和　　年　　月　　日
5. 1週間の所定 労　働　時　間	時間　　分
6. 離　職　原　因 （具体的に記入のこと）	
7. 離職票の有無	有　　無

令和　　年　　月　　日

上記の通り従業員が離職しましたのでご報告します。

住　　所　〒

事業所名

代表者名

電話番号

労働保険事務組合福崎町商工会　御中

FAX送信不可

個人番号												