

退職連絡票

※従業員様が退職された際の連絡用にお使いください。

※お手数ですがご記入の上ご返信下さい。

事業所名 _____

お名前	
ご住所	〒
退職日	令和 年 月 日
退職の理由	
※ マイナンバー	
離職票（失業保険受給）の希望	希望する ・ 希望しない (離職票希望の場合は下記の書類を添付して下さい)
※離職票を希望する場合下記にもご記入下さい	
離職票の送付先	本人宛 ・ 会社宛
お給料の支払方法	月給 ・ 日給 ・ 時給
お給料の締め日/払い日	日締め / 当月 ・ 翌月 日払

※マイナンバーの取り扱いにはご注意ください。お電話でのご連絡をお勧めいたします。

外国人の場合（日本国籍以外の方）は退職時の在留資格・在留期限・在留カード番号をお知らせください。

※離職票を希望する場合にご用意いただく書類

- ・ 退職届写し 自己都合退職の際はご本人よりいただいて下さい。
 - ・ お給料明細（賃金台帳） 退職日以前12ヶ月分
 - ・ タイムカード（出勤簿） 退職日以前12ヶ月分 （時給・日給者のみ）
- ※労働日数が少ない月（11日未満の月）がある場合は12ヶ月以上必要になります

茨城労働保険管理協会

〒305-0853

茨城県つくば市榎戸681-4

TEL 029-837-1811

FAX 029-837-1813