

# 従業員[退職]手続依頼書



※事務所使用欄
—

事前に本人より「退職願」又は「退職届」を会社に提出してもらいます。  
退職後に健康保険被保険者証(本人分及び扶養家族分)を会社に返却してもらいます。

太枠線内をご記入の上、当事務所へFAXをお願い致します。

フリガナ 退職者氏名	生年月日 T・S・H 年 月 日 電話番号 ( ) -														
フリガナ 住所 (退職後住所)	<input type="checkbox"/> 入社時と変更なし・・・右の□にチェックを入れてください 変更ある場合は記載下さい↓ 〒( )-( ) ※住所の読み仮名が難しい場合はフリガナをお願い致します。														
退職年月日	平成	年	月	日	※健康保険・厚生年金保険は、翌日に資格喪失となり、喪失日の所属する月の前月までが保険料納付の対象月となります。										
退職理由 → 該当するものに○印を付けて下さい。	1. 本人都合 イ. 転職希望    ロ. 体力不足・心身の障害・疾病    ハ. 妊娠・出産・育児等 ニ. 親族の介護    ホ. 転居により通勤困難    ヘ. 職種転換への適応困難 ト. その他 ( )														
	2. 会社都合 チ. 勧奨退職    リ. 賃金遅配、過度な時間外労働    ヌ. 労働条件相異 ル. 故意の排斥、嫌がらせ    ヲ. 事業所移転により通勤困難 ワ. その他 ( )														
	3. その他 カ. 定年 (定年後の継続雇用の希望の有・無)    コ. 移籍出向 タ. 契約期間満了 (契約の更新又は延長の希望の有・無) 1回の契約期間 箇月, 通算契約期間 箇月, 契約更新回数 回, 契約更新するという合意の有・無, 更新しない旨の表示の有・無, 直前の契約更新時に雇い止め通知の有・無 レ. その他 ( )														
雇用保険	退職票の希望 (有・無)    賃金の形態 { 1. 月給 2. 日給 3. 時給 4. その他 } ※失業給付の受給を希望する場合は、「退職票」が必要となります。退職票を希望する場合は、確認書類として直前6ヶ月間の賃金台帳及び直前1年間の出勤簿(タイムカード)が必要です。														
健康保険	健康保険任意継続の希望 (有・無) ※2ヶ月以上被保険者であった方は、退職日より20日以内に申し込めば、一定条件のもとで2年間引き続き健康保険の被保険者になることができます。ただし、保険料は倍額となります。厚生年金は継続できません。														
	出産育児一時金の希望 (有・無) ・ 出産手当金の希望 (有・無) ※出産育児一時金は、資格喪失日前1年以上継続して被保険者であり、資格喪失日から6ヶ月以内に分娩予定の(妊娠14週を越えている)場合に給付を受けられます。 ※出産手当金は、資格喪失日前1年以上継続して被保険者であり、資格喪失日前日までに、現に出産手当金の支給を受けているか、受けられる状態(出産日以前42日目が加入期間であること、かつ、退職日は出勤していないこと)であれば給付を受けられます。														
	※事務所使用欄	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫検	⑬e p	⑭

上記の通り相違ありません。所要の手続を依頼します。

平成 年 月 日

(所在地)

事業主(商号)

(代表者)

Ⓜ

**社会保険労務士法人望月事務所**  
**行政書士法人望月事務所**

http://www.o-mochizuki.jp/  
 info@o-mochizuki.jp

TEL(045)313-6188 FAX(045)313-6177

この書式は当事務所ホームページ(<http://www.o-mochizuki.jp/>)からダウンロードできます。

↓ FAX: 045-313-6177