

社会保険・雇用保険 手続依頼書（喪失）

喪失用

タジマ事務所 行 (f a x 047-704-8799)

平成 年 月 日	(事業所名)	様
----------	--------	---

退 社

氏 名			退 社 日	平成 年 月 日
健康保険証	回収した ・ 回収できない (回収後、当方に郵送して下さい)		健康保険 任意継続 希望 <small>(被保険者期間 2ヶ月以上必要)</small>	する・しない
雇用保険 離職票希望	有・無	郵 送 希 望 先住所	会社住所 ・ 本人住所 〒 — ()	
退職理由	本人都合 ・ 会社都合	具体的な 理由		
退職届	本人から提出があった場合は、FAXをお願いいたします。			

必要箇所を記入又は○印をして f a x をしてください。

タジマ事務所 〒272-0034 市川市市川1-12-22 市川サークルビル6階

Tel 047-321-0666 ・ fax 047-704-8799