

届書コード	処理区分	届書
200		

健康保険被保険者資格取得届 厚生年金保険被保険者資格取得届

所長	次長	課長	係長	係員

①健康保険被保険者証の記号	②事業所番号
中村 * あい う	07059

正
◎「※」印欄は記入しないでください。

③※健康保険被保険者番号	④被保険者の氏名	⑤生年月日	⑥種別(性別)	⑦取得区分	⑧基礎年金番号	⑨※作成原因	⑩資格取得年月日	⑪⑫⑬報酬月額 ⑭賃金によるもの額 ⑮現物によるもの額 ⑯合計	⑰※標準報酬月額	⑱被扶養の無 被扶養の有	⑲※健康保険証不要 健康保険証要	⑳※制 強付指	㉑※年金 手帳不 要
	(フリガナ) 稲垣 (氏) 三郎	明1 年 月 日 大3 昭5 平7 5 0 0 6 0 7	① 新1 共3 再2 船4			送信	平成 年 月 日	① 0 円 ② 0 円 ③ 0 円	健 千円 無0 年 千円 有1				送信
⑩郵便番号 457-0051		⑪被保険者住所 (フリガナ) アイケンゴヤシマシカサテナヨウ 39-8											
※住所コード		愛知県名古屋市中村区笠寺町 39-8											
	(フリガナ) (氏) (名)	明1 年 月 日 大3 昭5 平7 1 2 5 3	① 新1 共3 再2 船4			送信	平成 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	健 千円 無0 年 千円 有1				送信
⑩郵便番号		⑪被保険者住所 (フリガナ)											
※住所コード													
	(フリガナ) (氏) (名)	明1 年 月 日 大3 昭5 平7 1 2 5 3	① 新1 共3 再2 船4			送信	平成 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	健 千円 無0 年 千円 有1				送信
⑩郵便番号		⑪被保険者住所 (フリガナ)											
※住所コード													
	(フリガナ) (氏) (名)	明1 年 月 日 大3 昭5 平7 1 2 5 3	① 新1 共3 再2 船4			送信	平成 年 月 日	① 円 ② 円 ③ 円	健 千円 無0 年 千円 有1				送信
⑩郵便番号		⑪被保険者住所 (フリガナ)											
※住所コード													

事業所所在地	〒450-0002 名古屋市中村区名駅四丁目1-11 (住所) トoriumヒルズ10F
事業所名称	株式会社 ITCS
事業主氏名	(氏名) 代表取締役 総研 一郎 (印)
電話	052 (588 局) 5736 番

年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印
(印)

雇用保険被保険者資格取得届

帳票種別

1 0 1 0 1

※修正項目番号

□ □

※①安定所番号

□ □ □ □ □

②被保険者番号

5 2 3 1 - 2 5 3 2 6 3 - 2

③取得

2 (1 新規 2 再取得)

④被保険者氏名

江口 洋二

フリガナ (カタカナ)

エ ク ` チ ヨ ウ シ ` □ □ □ □ □ □ □ □

⑤変更後の氏名

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

フリガナ (カタカナ)

⑥性別

1 (1 男 2 女)

⑦生年月日 (元号一年月日)

3 - 3 4 0 6 0 2 (1 明治 2 大正 3 昭和)

⑧事業所番号

2 3 0 2 - 2 2 6 8 8 8 - 5

⑨被保険者となった年月日

平成 1 6 0 8 0 1

⑩被保険者となったことの原因

4

⑪賃金 (支払の態様 - 賃金月額: 単位千円)

1 - □ 3 6 0 (1 月額 2 週給 3 日給 4 時間給 5 その他)

⑫雇用形態

4 (1 日雇 2 タイム 3 季節的 4 その他 雇用)

⑬職種

4 (1~9) 裏面参照

※ 公記 共職 業載 安定 所欄

⑭取得時被保険者種類・区分

⑮番号複数取得チェック不要

修正欄

⑯被保険者欄

⑰1週間の所定労働時間 (37) 時間 (30) 分

⑱契約期間の定め

1 有 (契約期間 年 月 日から 年 月 日まで)

2 無 (契約更新条項の有無 (イ有 □無))

3 無 (1年以上使用する見込みの有無 (○有 □無))

⑲⑱の1又は2の口の理由

⑳移転前の住所又は居所

㉑事業所名 株式会社 ITCS

㉒備考

雇用保険法施行規則第6条第1項の規定により上記のとおり届けます。平成 16 年 08 月 01 日

住 所 愛知県名古屋市中区三の丸3-3

事業主 氏 名 労働保険事務組合 総研会
労働 太郎

電話番号 052-561-1111

記名押印又は自筆による署名

㉓

公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		㉔	

※

所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作者
-----	-----	-----	-----	---	------

※

備考

確認通知 平成 年 月 日

届書コード	処理区分	届書
202		

健康保険被扶養者(異動)届

課長	係長	係員

正

◎網掛け部分の記入は必要ありません。ただし、この届出の枚目の国民年金第3号被保険者にかかる届書を同時に届出する場合には、必ず記入してください。
◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができます。

①健康保険被保険者証の記号 中村 ※ あいう	②健康保険被保険者証の番号 9	⑦被保険者の氏名 (氏) 江口 (名) 洋二 印	③生年月日 ★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7 3 4 0 6 0 2	④性別 ★男 ① 女 2	④異動の別 ★通① 削除2 (変更)	⑦変更内容 (削除(変更)の場合) ★1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他	⑧資格取得年月日 年 月 日 1 6 0 1 0 5	⑨標準報酬月額 千円 3 6 0	
⑦基礎年金番号又は手帳記号番号 2 3 0 5 2 3 0 2 3 5		⑧共済番号表示 ※ 1. 配偶者共済番号表示 4 6 5 0 0 9 3	⑨郵便番号 4 6 5 0 0 9 3		⑩被保険者の住所 ※住所コード (アイケンゴ) アイケンゴ ヤシメイトウイツシヤ36-9 愛知県名古屋市中東区一社36-9			⑪備考	

基礎年金番号又は手帳記号番号 5 2 0 1 2 3 2 5 6 2		⑦生年月日(訂正後) ★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7 5 2 0 2 0 2		⑧手帳記号番号		⑩被扶養者(第三号被扶養者)になった理由 ★ウ. 婚姻 イ. 被保険者が被用年金制度に加入 エ. 被扶養者の離職(2号喪失) オ. 被扶養者の所得減少 カ. その他()		⑪被扶養者(第二号被扶養者)でなくなった理由 ★死亡(年 月 日死亡) その他()		
⑤(被扶養者)番号 ※	⑥被扶養者の氏名 (アイケンゴ) エグチ (氏) 江口 (名) 小百合		⑦生年月日 ★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7 5 2 0 2 0 2	⑧性別 ★男 1 女 ②	⑨続柄 妻 ※	⑩職業	⑪被扶養者の年間収入 年間収入(万円) 収入内訳(年金・失業給付・その他) 1 6 0 8 0 1	⑫被扶養者になった日 年 月 日	⑬被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑭備考
⑮郵便番号		⑯住所 ※住所コード (アイケンゴ) 同居		⑰氏名変更(訂正)年月日 年 月 日	⑱外国人区分 ★日本人(強制) 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人	⑲被扶養者通称名 (アイケンゴ)	⑳種別 3 1	㉑強制付番指定 ※1. 強制付番 指 定	㉒年金手帳作成 ★1. 年金手帳再交付	

①増減別 ②その他 ③増減 ④増減	⑤(被扶養者)番号 ※	⑥被扶養者の氏名 (アイケンゴ) エグチ (氏) 江口 (名) 小夜子	⑦生年月日 ★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7 1 6 0 1 0 1	⑧性別 ★男 1 女 ②	⑨続柄 長女 ※	⑩職業	⑪被扶養者の年間収入 年間収入(万円) 収入内訳(年金・失業給付・その他) 1 6 0 8 0 1	⑫被扶養者になった日 年 月 日	⑬被扶養者でなくなった日 年 月 日	⑭届出をする理由	⑮住所
	※	(アイケンゴ) (氏) (名)	★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7	★男 1 女 2	※		年間収入(万円) 収入内訳(年金・失業給付・その他)	年 月 日	年 月 日		
	※	(アイケンゴ) (氏) (名)	★明. 1 年 月 日 大. 3 昭. 5 平. 7	★男 1 女 2	※		年間収入(万円) 収入内訳(年金・失業給付・その他)	年 月 日	年 月 日		

上記のとおり被保険者から被扶養者の届け出がありましたので提出します。

事業所 〒450-0002
所在地 名古屋市市中区名駅四丁目1-11
ドリームヒルズ10F
事業所名称 株式会社 システム総研
事業主氏名 代表取締役 総研 一郎
電話 052 (561) 局 6222 番

届出をする被扶養者が、父母、祖父母で配偶者がいる場合は次の欄も記入してください。
(父母、祖父母を同時に届出する場合は、記入の必要はありません)

氏名	生年月日	収入
明・大・昭	年 月 日	年間収入(万円) 収入内訳(年金・失業給付・その他)

平成 16 年 08 月 01 日 提出

社会保険労務士の提出代行者印
印

【健則第10条の2第4項・第23条第4項】

社会保険事務所受付印

届書コード	処理区分	届書
202		

国民年金第3号被保険者 資格取得・種別変更・種別確認(3号該当) 資格喪失・死亡届 氏名・生年月日・性別変更(訂正)

課長	係長	係員

◎被扶養者の届出が、(20歳以上60歳未満)以外の場合には配偶者であっても被扶養者から削除される場合(国外に移住している者が被扶養者でなくなった場合及び死亡の場合は除く。)は、この届書は提出する必要はありません。

第3号被保険者の配偶欄	配偶者の氏名		配偶者の生年月日		第3号該当・非該当 ★ 該○当 非該当(変更)	変更内容(削除(変更)の場合) ★ 1. 死亡 2. 氏名変更(訂正) 3. 生年月日訂正 4. 性別訂正 5. その他		
	(氏) 江口	(名) 洋二	年 3	月 4		日 0602		
配偶者基礎年金番号又は手帳記号番号		共済番号表示	郵便番号		配偶者住所			(備考)
2305230235		※ 1. 配偶者共済番号表示	465-0093		※住所コード (7桁) アイケンゴヤシメイトウイツヤ36-9 愛知県名古屋市長東区一社36-9			

第3号被保険者欄	基礎年金番号又は手帳記号番号		生年月日(訂正後)		手帳記号番号		資格取得・種別変更・種別確認の理由		第3号被扶養者でなくなった理由			
	5201232562		年 月 日 昭. 5 平. 7				★ ② 被保険者が被用年金制度に加入 イ. 被保険者の所属する年金制度の変更 a. 厚生年金保険→共済組合 b. 共済組合→厚生年金保険 c. 共済組合→共済組合 ウ. 婚姻 エ. 被扶養者の離職(2号喪失) オ. 被扶養者の所得減少 カ. その他()		★ 死亡(年 月 日死亡) その他()			
被保険者の氏名		生年月日(訂正前)		性別	職業		資格取得(種別変更・種別確認)年月日		死亡等年月日		備考	
(7桁)生ガチ (氏) 江口		(7桁)サユリ (名) 小百合		年 月 日 昭. ⑤ 平. 7	男 ① 女 ②			年 月 日 160801				
郵便番号		被保険者(配偶者と別居のみ記入)住所			氏名変更(訂正)年月日		外国人区分	被扶養者通称名		種別(注)	強制付番指定	年金手帳作成
		※住所コード (7桁) 同居			年 月 日		★ ① 日本人 1. 米国人(強制) 2. 1以外の外国人			31	※1. 強制付番指定	★1. 年金手帳再交付

訂正後取得年月日・種別	年金手帳返付	送 信	(注) 30 第3号A(厚生年金保険・船員保険)	36 第3号G(地方公務員等共済組合)
※ 年 月 日	※ 1. 第1号 第3号 2. 任意	※ 宛名シール作成	31 第3号A(厚生年金保険・健康保険)	37 第3号J(日本私立学校振興・共済事業団)
			32 第3号C(国家公務員共済組合)	38 第3号A(厚生年金保険・旧農林共済)

配偶者が基礎年金番号を持っていない場合のみ加入年金制度の組合(保険者)番号を記入してください。

組合(保険者)番号

社会保険労務士の提出代行者印
印

事業主等受付年月日	※ 社会保険事務所	
平成16年08月01日	受付印	被扶養者認定
	被扶養者認定年月日	
	平成16年08月01日	

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

届書記載の基金番号又は年金制度の記号番号は、当該配偶者のものに相違ないことを確認する。

事業所所在地 〒450-0002 平成16年08月01日提出
名古屋市中村区名駅四丁目1-11
ドリームヒルズ10F

事業所名称 株式会社 システム総研
事業主氏名 代表取締役 総研 一郎
電話 052 (561)局 6222

(事業主等) 印 番

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

届書記載の被保険者は、健康保険又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。

認定年月日 平成 年 月 日
(資格取得(種別変更・種別確認)年月日と同じ場合は記載の必要はありません。)

所在地 〒 - 平成 年 月 日提出

(医療保険者) 名称
代表者等氏名
電話 ()局 印 番

この届書記載のとおり届出します。

社会保険事務所長 殿
住所 〒465-0093
愛知県名古屋市長東区一社
36-9

氏名 江口 小百合
電話 052 (987)局 2132

(届出人) 印 番

健康保険・厚生年金保険資格等取得（喪失）連絡票

下記の者は、健康保険等の被保険者の資格を喪失したことを連絡します。

下記の者は、健康保険等の被扶養者として 認定 認定を抹消 されたことを連絡します。

(該当欄にレをしてください。)

平成 16 年 08 月 01 日
名古屋市名東区名駅四丁目 1-11
所在地 ドリームヒルズ 10F

事業所 名 称 株式会社 ITCS
代表者 代表取締役 総研 一郎 ㊟
(TEL 052-588-5736 担当者)

記

被保険者（組合員）の	氏 名	江口 洋二		生年月日	明治・大正・昭和 34 年 06 月 02 日		性別	男 ・ 女		
氏名、住所等	A	住 所 愛知県名古屋市名東区一社 36-9								
健康保険・厚生年金保険資格取得又は資格喪失年月日（退職年月日）	B	取得	平成 16 年 01 月 05 日		喪失	年 月 日（退職 年 月 日）		※ 喪失日は退職日の翌日になります。		
健康保険の被保険者証記号番号	C	記号	中村 あいう		番号	基礎年金番号		D	2305-230235	
保険者名等	E	名称	中村 社会保険事務所 健康保険組合 共済組合・国保組合		所在地	愛知県名古屋市中村区太閤 1-19-46				
					TEL (052)	421 - 3481		保険者番号	5101	
被 扶 養 者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	被扶養者として認定又は認定を抹消された日	退職以外のときの喪失理由				
	江口 小百合	明治・大正・昭和・平成 52 年 02 月 02 日	女	配偶者	平成 16 年 08 月 01 日					
	江口 小夜子	明治・大正・昭和・平成 16 年 01 月 01 日	女	長女	平成 16 年 08 月 01 日					
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日				年 月 日				
		明治・大正・昭和・平成 年 月 日				年 月 日				
F		明治・大正・昭和・平成 年 月 日				年 月 日				

(記載上の注意)

- 1 F 欄の被扶養者欄は、被扶養者として認定又は、認定を抹消された場合に記入してください。本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。なお、被扶養者の異動だけの場合でも A, B, C, D, E, F 欄は必ず記入してください。
- 2 退職以外の理由のときの資格喪失理由も必ず記入してください。(例 収入が被扶養者認定基準を上回ったため)

届書コード	処理区分	届書
201	*	

健康保険被保険者資格喪失届 厚生年金保険被保険者資格喪失届

所長	次長	課長	係長	係員

正

①健康保険被保険者証の記号

中村	あいう
----	-----

◎「※」印欄は記入しないでください。

② 健康保険被保険者証の番号	⑦ 被保険者証の氏名	③ 生年月日	① 種別(性別)	⑤ 基礎年金番号	④ 資格喪失年月日	⑤ 資格喪失原因	⑥ 標準報酬月額	⑧ 被保険者証(被扶養者証)の回収区分	⑨ 被扶養者の有無	⑦※ 被扶養者番号	⑩※ 作成原因	⑪ 備考
11	(氏) 中川 (名) ゴンゾウ 権蔵	明1 大3 昭5 平7 200520	① 5 2 6 3 7	2301254212	平成 年 月 日 171001	その他④ 死亡5 70歳到達6	健 千円 280 年 千円 0	添付1 返不能2 減失3	無 有(1人)			送 信
	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7 	1 5 2 6 3 7		平成 年 月 日 	その他4 死亡5 70歳到達6	健 千円 年 千円 	添付1 返不能2 減失3	無 有(人)			送 信
	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7 	1 5 2 6 3 7		平成 年 月 日 	その他4 死亡5 70歳到達6	健 千円 年 千円 	添付1 返不能2 減失3	無 有(人)			送 信
	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7 	1 5 2 6 3 7		平成 年 月 日 	その他4 死亡5 70歳到達6	健 千円 年 千円 	添付1 返不能2 減失3	無 有(人)			送 信
	(氏) (名)	明1 大3 昭5 平7 	1 5 2 6 3 7		平成 年 月 日 	その他4 死亡5 70歳到達6	健 千円 年 千円 	添付1 返不能2 減失3	無 有(人)			送 信

事業所所在地 〒450-0002 名古屋市中村区名駅四丁目1-11
トリウムヒルズ10F

事業所名称 株式会社 ITCS

事業主氏名 代表取締役 総研 一郎 (印)

電 話 052 (588 局) 5736 番

平成 17 年 06 月 27 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

(印)

雇用保険被保険者 資格喪失届
氏名変更届

※帳票種別 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 1019 </div> <div style="margin-left: 10px; font-size: small;"> { 0 氏名変更届 1 資格喪失届 } </div>	※修正項目番号 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> </div>	※①安定所番号 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> </div>	
②被保険者番号 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 5101-232626-2 </div>		④被保険者となった年月日 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 170201 </div>	
③事業所番号 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 2302-226888-5 </div>		⑦離職票交付希望 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 1 (1 有 2 無) </div>	
⑤離職等年月日 平成 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> 170930 </div>	⑥喪失原因 2 (1 離職以外の理由 2 3以外の離職 3 事業主の都合による離職)		※⑧喪失時被種類 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> (3 季節) </div>
⑨新氏名 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; width: 100px; height: 20px;"></div>		フリガナ (カタカナ) <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> </div>	
※修正欄 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; gap: 5px;"> </div>		⑩補充採用予定の有無 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around;"> 有 無 </div>	

⑪ (フリガナ)	<u>ナカガワゴンゾウ</u>	⑫ 性 別	⑬ 生 年 月 日
被保険者氏名	中川 権蔵	男・女	(<small>明治 大正 昭和</small>) 20 年 05 月 20 日
⑭ 被保険者の住所又は居所	愛知県名古屋市中村区西日置 2-6		
⑮ 事業所名称	株式会社 ITCS	⑯ 氏名変更年月日	年 月 日
⑰ 被保険者でなくなったことの原因		⑱ 被保険者確認印	

⑲ 1週間の所定労働時間 (() 時間 () 分)

雇用保険法施行規則第7条第1項 ~~第14条第1項~~の規定により、上記のとおり届けます。

住 所 愛知県名古屋市中区三の丸 3-3

平成 17 年 12 月 21 日

事業主 氏 名 労働保険事務組合 総研会
労働 太郎
電話番号 052-561-1111

記名押印又は自筆による署名 公共職業安定所長殿
(印)

備 考	
--------	--

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		(印)	

※	所 長	次 長	課 長	係 長	係	操 作 者	確認通知年月日 年 月 日
---	-----	-----	-----	-----	---	-------	------------------

平成17年分 給与所得の源泉徴収票

Form for tax reporting (left page), including recipient information (中川 権蔵), payment details (1,162,905), and tax amounts (43,050).

(税務署提出用)

Form for tax reporting (right page), including recipient information (中川 権蔵), payment details (1,162,905), and tax amounts (43,050).

給与支払報告書(個人別明細書)

(市区町村提出用)

平成17年分 給与所得の源泉徴収票

Form for tax reporting (left page), including recipient information (中川 権蔵), payment details (1,162,905), and tax amounts (43,050).

(受給者交付用)

Form for tax reporting (right page), including recipient information (中川 権蔵), payment details (1,162,905), and tax amounts (43,050).

給与支払報告書(個人別明細書)

(市区町村提出用)

雇用保険被保険者離職証明書(事業主控)

① 被保険者番号	5 1 0 1 - 2 3 2 6 2 6 - 2	③ フリガナ ナカガリ ゴンゾウ	④ 離職日(変更前)	平成 17 年 09 月 30 日			
② 事業所番号	2 3 0 2 - 2 2 6 8 8 8 - 5	⑤ 離職者氏名	中川 権蔵				
⑤ 名称	株式会社 システム総研 名古屋市中村区名駅四丁目 1 - 1 1		⑥ 離職者の住所又は居所	〒450-0005 愛知県名古屋市中村区西日置 2 - 6			
事業所所在地	電話番号 052-561-6222		電話番号 (052) 632 - 3232				
住所	愛知県名古屋市中区三の丸 3 - 3		※離職票交付	平成 年 月 日 (交付番号 番)			
事業主氏名	労働保険事務組合 総研会 労働 太郎						
離職の日以前(被保険者区分変更の前日)の賃金支払状況等							
⑧ 被保険者期間算定対象期間	⑨ ⑧の期間における賃金支払基礎日数	⑩ 賃金支払対象期間	⑪ ⑩の基礎日数	⑫ 賃 金 額			⑬ 備 考
				⑭	⑮	計	
9 月 1 日~ 離職日(被保険者区分変更の前日)	離職月 30 日	9 月 21 日~ 離職日(被保険者区分変更の前日)	日				
8 月 1 日~ 8 月 31 日	月 31 日	8 月 21 日~ 9 月 20 日	日				
7 月 1 日~ 7 月 31 日	月 31 日	7 月 21 日~ 8 月 20 日	日				
6 月 1 日~ 6 月 30 日	月 30 日	6 月 21 日~ 7 月 20 日	30 日	308,711		308,711	
5 月 1 日~ 5 月 31 日	月 31 日	5 月 21 日~ 6 月 20 日	日				
4 月 1 日~ 4 月 30 日	月 30 日	4 月 21 日~ 5 月 20 日	日				
3 月 1 日~ 3 月 31 日	月 31 日	3 月 21 日~ 4 月 20 日	日				
2 月 1 日~ 2 月 28 日	月 28 日	2 月 21 日~ 3 月 20 日	23 日	311,694		311,694	
1 月 1 日~ 1 月 31 日	月 31 日	1 月 21 日~ 2 月 20 日	23 日	306,500		306,500	
12 月 1 日~ 12 月 31 日	月 31 日	12 月 21 日~ 1 月 20 日	23 日	308,000		308,000	
11 月 1 日~ 11 月 30 日	月 30 日	11 月 21 日~ 12 月 20 日	日				
10 月 1 日~ 10 月 31 日	月 31 日	10 月 21 日~ 11 月 20 日	日				【合 計】
9 月 1 日~ 9 月 30 日	月 30 日	9 月 21 日~ 10 月 20 日	日				1,234,905

事業主は、公共職業安定所からこの離職証明書(事業主控)の返付を受けたときは、これを4年間保管し、関係職員
要求があったときは提示すること。

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		㊞	

⑦ 離職理由欄…事業主の方は、離職者の主たる離職理由が該当する理由を1つ選択し、左の事業主記入欄の□の中に○印を記入の上、下の具体的事情記載欄に具体的事情を記載してください。また、一般労働者派遣事業に雇用される派遣労働者のうち常時雇用される労働者以外の者を雇用する事業主であって、離職理由について2(3)①においてe(b)を選択した場合には、労働者の就業機会の確保に係る署名欄についても記載してください。
【離職理由は所定給付日数・給付制限の有無に影響を与える場合があり、適正に記載してください。】

事業主記入欄	離 職 理 由
<input type="checkbox"/>	1 事業所の倒産等によるもの <input type="checkbox"/> …… (1) 倒産手続開始、手形取引停止による離職 <input type="checkbox"/> …… (2) 事業所の廃止又は事業活動停止後事業再開の見込みがないため離職
<input type="checkbox"/>	2 定年、労働契約期間満了等によるもの <input type="checkbox"/> …… (1) 定年による離職(定年 歳) <input type="checkbox"/> …… (2) 採用又は定年後の再雇用時等にあらかじめ定められた雇用期限到来による離職 <input type="checkbox"/> …… (3) 労働契約期間満了による離職 ① 一般労働者派遣事業に雇用される派遣労働者のうち常時雇用される労働者以外の者 (1回の契約期間 箇月、通算契約期間 箇月、契約更新回数 回) a 労働者が以後同一の派遣元事業主における派遣就業を希望しない旨を明らかにした場合 b 労働者が以後被保険者とならないような派遣就業のみを希望した場合 c 事業主が以後派遣就業を指示しない旨を明らかにした場合 d 事業主が以後被保険者とならないような派遣就業のみを指示することとした場合 e 最後の雇用契約期間の終了日からおおむね1月以内に派遣労働者の適用基準に該当する次の派遣就業が開始されなかったとき (a) 労働者が、最後の派遣就業の終了日からおおむね1月以内に開始される派遣就業の指示を拒否したことによる場合 (b) 事業主が、最後の雇用契約期間の終了日からおおむね1月以内に開始される派遣就業の指示を行わなかったことによる場合(指示した派遣就業が取りやめになったことによる場合を含む。) (a、b又はe(a)に該当する場合は、更に下記の4のうち、該当する主たる離職理由を更に1つ選択し、○印を記入してください。該当するものがない場合は下記の5に○印を記入した上、具体的な理由を記載してください。) ② 上記①以外の労働者 (1回の契約期間 箇月、通算契約期間 箇月、契約更新回数 回) (事業主・労働者の意思により契約更新せず) <input type="checkbox"/> …… (4) 早期退職優遇制度、選択定年制度により離職 <input type="checkbox"/> …… (5) 移籍出向
<input type="checkbox"/>	3 事業主からの働きかけによるもの <input type="checkbox"/> …… (1) 解雇(重責解雇を除く。) <input type="checkbox"/> …… (2) 重責解雇(労働者の責めに帰すべき重大な理由による解雇) <input type="checkbox"/> …… (3) 希望退職の募集又は退職勧奨 <input type="checkbox"/> …… ① 事業の縮小又は一部休業に伴う人員整理を行うためのもの <input type="checkbox"/> …… ② その他(理由を具体的に)
<input type="checkbox"/>	4 労働者の判断によるもの <input type="checkbox"/> …… (1) 職場における事情による離職 <input type="checkbox"/> …… ① 労働条件に係る重大な問題(賃金低下、賃金遅配、過度な時間外労働、採用条件との相違等)があったと労働者が判断したため <input type="checkbox"/> …… ② 就業環境に関わる重大な問題(故意の排斥、嫌がらせ等)があったと労働者が判断したため <input type="checkbox"/> …… ③ 事業所での大規模な人員整理があったことを考慮した離職 <input type="checkbox"/> …… ④ 職種転換等に適應することが困難であったため(教育訓練の有・無) <input type="checkbox"/> …… ⑤ 事業所移転により通勤困難となった(なる)ため(旧(新)所在地:) <input type="checkbox"/> …… ⑥ その他(理由を具体的に) <input type="checkbox"/> …… (2) 労働者の個人的な事情による離職(一身上の都合、転職希望等)
<input type="checkbox"/>	5 その他(1-4のいずれにも該当しない場合) (理由を具体的に)

具体的事情記載欄(事業主用) 必ず記載してください。

労働者の就業機会の確保に係る署名欄(事業主用)
 本離職証明書に係る離職者の就業機会の確保に努めたところであるが、前の雇用契約期間の終了後、おおむね1月以内に開始される派遣就業を指示できなかったものである。
 (記名押印又は自筆による署名) ㊞

注1 離職証明書の提出の際には、⑦欄の離職理由を確認できる資料をご持参下さい。詳しくは「雇用保険被保険者離職証明書についての注意」をご覧ください。
 注2 虚偽の離職理由を記載して、失業等給付を受けたり又は受けようとした場合には不正受給として処分されますので、適正に記載してください。事業主が不正行為をした場合にも、不正に受給した者と連帯して、同様に処分がされますのでご注意ください。