提出先：事務サービス課

（全社員用）

退　職　届

※届出年月日は記入日。

所属長	ライン長	
月　日	月　日	月　日

社員コード	010101
届出年月日	20 17 年 1 月 1 日
雇用契約区分	全国・乗務職・地域・事業所・契約・嘱託・パート・短時間パート・アルバイト
営業所	桶川流通センター
フリガナ	オケガワ　タロウ
氏名	桶川　太郎　桶川 印

※押印はシャチハタ可。

※必ず本人が記入して下さい
※退職日14日前までに届け出ること
※訂正の場合は二重線で取り消し訂正印を押印してください。

退職年月日	20 17 年 1 月 31 日
退職事由等（自己都合など）	自己都合
現住所 ○退職後の給与明細・退職手続書類等、退職時必要書類の送付先となります。	〒（ 363 － 0012 ）　電話（ 048 ）○○○ － ○○○ 桶川市末広○－○－○
退職後の住所 ○上記書類と現住所と変更がある場合のみご記入ください	〒（ 115 － 0045 ）　電話（ 03 ）○○○○ － ○○○○ 東京都北区赤羽△－△－　赤羽マンション101 送付先変更希望日　年　月　日

※記入ミスは二重線を引き訂正印を押印。

※退職後の住所が現住所と異なる場合は必ず記入。

＜差し支えなければ、退職事由を詳しく聞かせてください＞
※当てはまる項目を丸で囲み、詳細は括弧内にご記入ください。
体調不良・転職・学業専念・家庭の事情・転居・仕事内容・賃金・人間関係・職場環境・その他

（以前からの夢であった自分の店を出す事になった為）

書類発行を希望する場合は、該当するものにチェック（✓点）を入れてください。※準備ができ次第、各書類をそれぞれ送付します。
太字に該当する方のみ発行可能です。

☑	『離職票』	**雇用保険加入者の方が対象です。**失業保険の給付を受ける場合などで必要となります。
☑	『健康保険・厚生年金保険資格喪失証明書』	**社会保険加入者の方が対象です。** 国民健康保険・国民年金に変更される場合などで必要となります。
☐	『健康保険任意継続被保険者取得申請書』	**健康保険加入者の方が対象です。**退職後も継続して健康保険の加入を希望される場合に必要となります。（保険料は全額自己負担となります。）※退職日から20日以内に手続きが行われない場合継続加入できません。

その他書類が必要な場合は本社までお問い合わせください。
※退職証明書を発行する場合は会社書式となります。
証明希望事項（使用期間・退職の事由・業務の種類・その事業における地位・賃金）がある場合、お問い合わせの際ご連絡ください。

○『源泉徴収票』は全員にお送り致します。
○保険料、税、その他給与支払時の控除については、退職時にすべて精算します。
○役職員共済にご加入の方は無告知で全労災の制度へ移行加入することができます。（掛金は変更になります。）
　詳しくはサポートデスクへ（0120-266-905）お問い合わせください。
●退職者の個人情報に関する利用目的等につきましては裏面をご確認ください。