

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

退職届

会社名 _____

代表者名 _____

私はこの度、下記の理由により退職いたしたく、ここにお届けします。

| | | | | |
|---------|---------------------------------|----------|------|---|
| 所属 | | 社員番号 | 氏名 | ⑩ |
| 退職年月日 | | | 生年月日 | |
| 退職理由 | | | | |
| 退職後の連絡先 | 〒 _____ _____ 電話番号 (_____) | | | |
| 離職票 | 要・不要 | 健康保険任意継続 | 要・不要 | |

なお以下の書類等については退職日までに返還いたします。

- 健康保険証
- 社員証

退職手続きに関する質問事項に該当する項目を○で囲ってください。

- 退職日前に本人又は家族が医師の診断を受けていましたか？
(うけていた／うけていない)
- 診療を受けていたあなたは傷病手当金に該当しますか？
(する／しない)
- 女性(本人のみ)で退職日以後6ヶ月以内に出産の予定がありますか？
(ある／ない)
- その他特殊な事情があれば申し添えてください。

.....
<弊社使用欄>

| | |
|-----|-----|
| 人事部 | 代表者 |
| | |