

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。

- 1 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)
- 2 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)
- 3 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)
- 4 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