

# 離職證明書

本表粗框內各欄務必填寫，不得遺漏

填表日期 年 月 日

姓 名	林孟璋			出 生 日 期	民國 年 月 日		
身 分 證 統 一 編 號							
住 址				電 話	( )		
離職當月工資 (新臺幣)	20,000		離職：108年 12 月 31 日	實際 工作地	台中 縣 (市)		
離職原因 (本欄僅可 勾選一項)	一、非自願離職： <input type="checkbox"/> 關廠 <input type="checkbox"/> 遷廠 <input type="checkbox"/> 休業 <input type="checkbox"/> 解散 <input type="checkbox"/> 受破產宣告 勞動基準法第十一條： <input type="checkbox"/> 一款 <input type="checkbox"/> 二款 <input type="checkbox"/> 三款 <input type="checkbox"/> 四款 <input type="checkbox"/> 五款 勞動基準法第十四條第一項： <input type="checkbox"/> 一款 <input type="checkbox"/> 二款 <input type="checkbox"/> 三款 <input type="checkbox"/> 四款 <input type="checkbox"/> 五款 <input type="checkbox"/> 六款 <input type="checkbox"/> 勞動基準法第十三條但書 <input type="checkbox"/> 勞動基準法第二十條 <input type="checkbox"/> 定期契約工作期滿：自 年 月 日至 年 月 日						
	二、 <input checked="" type="checkbox"/> 自願離職 三、 <input type="checkbox"/> 其他 (勾選此項者，務必文字說明)						

(身分證影本正面黏貼欄)	(身分證影本背面黏貼欄)
--------------	--------------

投保單位證明欄(★ 離職證明由投保單 位出具者請填本欄)	投保單位名稱：	邑冠資訊有限公司	(請蓋印信 或章戳)
	保險證字號：	059728977	投保單位電話：(04) 22542293
	投保單位地址：	台中市西屯區市政路402號20F-2	
	本表粗框內所記載資料內容，業經投保單位複核無誤，如有不實願負一切法律責任。		
	投保單位聯絡人：	劉孝岑	聯絡電話：(04) 22542293

主管機關證明欄(★ 離職證明由地方主 管機關出具者請填 本欄，並請加註開具 原因)	主管機關名稱：	
	(請蓋印信或章戳)	
申請人自行釋明欄 (★離職證明向投 保單位及勞工行政 機關申請無法取得 者請填本欄)		
	申請人 _____ (簽章)	

※ 就業保險法第 36 條規定：以詐欺或其他不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述者，除按其領取之保險給付處以二倍罰鍰外，並應依民法請求損害賠償；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。