

離職証明書

認定対象者申請日： 令和 年 月 日

退職者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	
入社年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
退職年月日	令和 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日
健康保険加入状況	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 (健保名) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
退職理由	<input type="checkbox"/> 自己都合退職 <input type="checkbox"/> 会社都合退職 <input type="checkbox"/> その他 ()
雇用保険加入状況	<input type="checkbox"/> 加入 ⇒ (離職票発行 有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 未加入

上記のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

■ ■ 雇用主事業主住所

事業主名(会社名)

代表者名

印

電話番号

事業主各位

本証明書は上記の者の「被扶養者」認定に当たり、その資格・条件等の審査に必要なものです。

従って、当健康保険組合は、その目的外使用ならびに外部への開示等は一切行わない旨をご誓約いたします。