

離 職 証 明 書



認定対象者申請日： 令和 7 年 4 月 5 日

退 職 者 氏 名	組 合 K 子
生 年 月 日	昭和 平成 45 年 7 月 22 日
住 所	津市〇〇1丁目〇〇番〇〇号
入 社 年 月 日	昭和 平成 令和 9 年 9 月 1 日
退 職 年 月 日	令和 7 年 3 月 31 日
退 職 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 自己都合退職 <input type="checkbox"/> 会社都合退職 <input type="checkbox"/> その他 ( )
社会保険加入状況	<input checked="" type="checkbox"/> 加 入 ⇒ ( 健保名 全国保険組合協会〇〇支部 ) ※加入の場合は資格喪失日をご記入ください 資格喪失年月日： 令和 7 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 未 加 入
雇用保険加入状況	<input checked="" 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 7 年 4 月 1 日

■ ■ 雇 用 主 事 業 主 住 所

事業主名(会社名)

代 表 者 名

※雇用主にて証明が必要

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。