

被保険者記入欄	
記号	番号
被保険者氏名	

## 退職証明書

氏名	
住所	
雇用年月日	昭和・平成 年 月 日
退職年月日	平成 年 月 日
社会保険加入の有無	健康保険 有り ・ 無し
	厚生年金 有り ・ 無し
	雇用保険 有り ・ 無し
退職の理由	1. 自己都合による退職 2. 当社の勧奨による退職 3. 定年による退職 4. 契約期間満了による退職 5. 休職期間満了による退職 6. 移籍出向による退職 7. その他（具体的に ）による退職 8. 解雇（具体的に ）による退職

上記の通り、相違ないことを証明いたします。

（記入日）平成 年 月 日

所在地

電話番号

事業主名称及び事業主氏名



### [記載上の注意]

\* 健康保険の被扶養者申請にあたり、必要な項目となります。大変お手数ですが、すべての項目について漏れのないよう証明をお願いいたします。

\* 「事業主名称及び事業主氏名」欄に社印（代表者印）を押印してください。また、訂正箇所は社印（代表者印）を押印してください。社印や訂正印無し、修正液等での修正は無効といたします。