

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・令和	年	月 日
退 職 年 月 日	平成・令和	年	月 日
在 職 時 の 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. 当社の勸奨による退職 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） 令和 _____ 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。