

# 退職証明書

(兼雇用保険加入状況証明書)

在職していた者

の氏名

健保 花子

生年月日

昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日

上記の者について

入社日

昭和・平成 〇〇年〇〇月〇〇日

退職日

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

在職中、雇用保険の

加入の有無

有 ・ 無

(いずれかを○で囲む)

以上のとおり証明します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

所在地 〇〇市〇〇町〇 - 〇

事業所名 〇〇株式会社

代表者名 代表取締役〇〇〇〇

※ 事業主様へのお願い

この証明書は、健康保険の被扶養者認定に使用し、他に転用いたしません。  
退職者からの申し出がありましたらご協力をお願いいたします。

マツダ健康保険組合