

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

生年月日 昭和・平成.....年.....月.....日

上記の者について

入社日 昭和・平成・令和.....年.....月.....日

退職日 平成・令和.....年.....月.....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 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

※ 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