**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　１３年　　６月　　５日

所　在　地

事業所名

代表者名　　　　田中　　 総一郎

|  |
| --- |
| ※ 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 |

2021年1月版